

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO
ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES: a experiência
do Centro de Referência em Saúde do Adolescente**


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 18/02/04

ELAINE CRISTINA DA SILVA PEREIRA REUTER

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004.

ELAINE CRISTINA DA SILVA PEREIRA REUTER

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO
ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES: a experiência
do Centro de Referência em Saúde do Adolescente**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão.

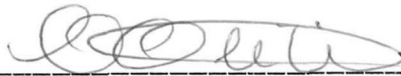
FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004.

ELAINE CRISTINA DA SILVA PEREIRA REUTER

**O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO AO
ATENDIMENTO PÚBLICO DE SAÚDE AOS ADOLESCENTES: a experiência
do Centro de Referência em Saúde do Adolescente**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



Professora Ms. Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão
Departamento de Serviço Social – UFSC
Presidente



Professora Dra. Catarina Maria Schmickler
Departamento de Serviço Social - UFSC



Ms. Vânia Coelli Ferreira Lins
Psicóloga – Professora UNISUL

FLORIANÓPOLIS, 18 de Fevereiro de 2004.

“Aquele que tem força de vontade e uma meta a seguir, não encontra obstáculos que não consiga superar. Não há barreiras no caminho que seja difícil para aquele que sabe o que quer e em que momento. Assim, quando as dificuldades aparecem são encaradas apenas sendo um fator para consolidar ainda mais os louros do sucesso e da vitória”.

MAURÍCIO FERNANDES PEREIRA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu irmão Charles Victor Pereira, embora fisicamente ausente, mas eterno em meu coração.

AGRADECIMENTOS

À assistente social Elizabeth C. de O Carreirão, fica difícil expressar em palavras tudo o que devo te agradecer: sua amizade, disponibilidade, estímulo, participação e orientação em minha formação profissional, muito obrigado por acreditar no potencial que às vezes nem mesmo sabemos que existe, nunca te esquecerei, obrigada...

Aos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, que cada qual com sua singularidade possibilitou o êxito deste trabalho, trabalhar com vocês foi um grande aprendizado...

Aos Amigos e Colegas: "No início, unidas apenas por um objetivo comum. Recuados, desconfiados, aos poucos a convivência foi nos aproximando, encantando. Sempre colegas, soubemos conviver e respeitar-nos. Lutamos, sobrevivemos, crescemos...Acima de tudo como seres humanos. E, por tudo, a saudade há de ficar." A todo o grupo muito obrigada, sucessos para cada uma de vocês, acreditem vocês tem potencial, lutem!

As amigas, Joisiane, Janine e Virgínia por tudo que vivenciamos no decorrer do curso, pela dedicação e paciência, justamente por acreditar na possibilidade de realizar um sonho, muito obrigada...

Aos professores: "Ser professor não é apenas lecionar, ensinar não é apenas transmitir o conteúdo programático. Ser professor é ser orientador e amigo, guia e companheiro, é caminhar com o aluno passo a passo. É transmitir a este os segredos da caminhada. Ser professor é ser exemplo de dedicação, de doação, de dignidade

peçoal e de amor. O agradecimento sincero aos professores e amigos, aos somente professores, e àqueles que, com seus problemas e dores humanas, não foram amigos e nem professores, mas que também passaram por nós. Meu respeito, e afeto."

A DEUS, que me deu a vida e que se fez presente nesta caminhada, fazendo-me concretizar este sonho.

Aos meus pais e em especial a minha mãe, Arlete, pelo amor e pelo incentivo sempre presente, obrigada por apostar nos meus sonhos, obrigada por ter ajudado a tornarem-se realidade.

As minhas irmãs Deise e Giulia pelo carinho e amor que sempre demonstraram, também não poderia deixar de lembrar das minhas queridas sobrinhas Darian e Adne que, sempre sorrindo, me fazem enxergar a vida de diferentes formas.

A minha família, em especial a minha tia Elenita, a minha prima Dani e o meu cunhado Arion por sempre acreditaram no meu potencial.

A você Roy, por acreditar em mim no momento mais difícil de minha vida, dando-me a oportunidade que tanto precisei para exercer e descobrir a minha verdadeira vocação. Também por ser o grande responsável pelo meu engrandecimento cultural e incentivador da minha vida acadêmica. Muito obrigada...

Sem estas pessoas, esta caminhada sequer teria começado!!!

REUTER, Elaine Cristina da Silva Pereira. **O papel do serviço social na efetivação do direito ao atendimento público de saúde aos adolescentes**: a experiência do Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RESUMO

A Constituição Federal de 1988, certamente foi o maior avanço no caminho de uma democracia participativa. Com relação à saúde, configura-a como um direito fundamental de todo o cidadão brasileiro e um dever do Estado de garantir mediante políticas sociais e econômicas o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua proteção e recuperação. E, considera ainda, a criança e o adolescente como “prioridade absoluta”. No ano de 1990 com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Sistema Único de Saúde – SUS surge um novo cenário social, colocando em questão os direitos e políticas públicas para os jovens. Dessa forma, o Ministério da Saúde inicia a operacionalização de Programas de Atenção à Saúde do Adolescente. O propósito desta monografia é mostrar qual o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos referentes ao atendimento público de saúde aos adolescentes usuários do Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Através de uma abordagem qualitativa objetivou-se verificar como se deu a participação do Serviço Social na transformação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em um Centro de Referência em Saúde do Adolescente e, identificar as ações profissionais do assistente social neste programa. Assim, com base na bibliografia consultada e na análise de documentos e de prontuários dos adolescentes usuários do programa com representações junto ao Ministério Público, bem como as entrevistas com as assistentes sociais conclui-se: o Serviço Social do Centro de Referência teve um papel importante na efetivação dos direitos dos jovens que o frequentam na medida em que revela autonomia nas suas ações profissionais, nos meios de trabalho e na finalidade de seu fazer profissional como um todo, buscando a realização dos direitos e superando a visão minimizadora do Estado na ampliação desses direitos.

Palavras-chaves: Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, Saúde, Serviço Social e a efetivação dos direitos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número e porcentagem de representações feitas pelos adolescentes, por município..... 78

Tabela 2: Número e porcentagem de motivos pelos quais foram feitas as representações..... 78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 O ADOLESCENTE E O SEU DIREITO ASSEGURADO POR LEI: O DIREITO À SAÚDE	21
1.1 Os movimentos sociais e o processo de construção do Estatuto da Criança e do Adolescente.....	22
1.2 O Sistema Único de Saúde e a cidadania.....	29
1.3 O adolescente e o seu direito à saúde.....	35
2 A DIRETORIA DO POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - DAME E O CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	41
2.1 Situando a Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME.....	41
2.2 A implantação do atendimento ao adolescente no Brasil.....	45
2.3 O Centro de Referência em Saúde do Adolescente.....	51
3 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE	59
3.1 O Processo de trabalho do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente.....	60
3.2 O Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente – uma história de luta e conquistas.....	67
3.3 A efetivação dos direitos.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Os movimentos populares no final da década de 1970 e início da década de 1980 travaram verdadeiras “batalhas” em prol da construção de uma nova democracia comprometida com as aspirações de uma vida justa e digna para a população.

A Constituição Federal de 1988, certamente foi o maior avanço no caminho de uma democracia participativa. Em seu Art. 1º, dispõe que a República Federativa do Brasil constituiu-se de um “Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos à soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e a livre iniciativa e o pluralismo político”.

Com relação à criança e ao adolescente a Constituição Federal no seu artigo 227 define: “É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

A mesma Constituição com relação à saúde, configura-a como um direito fundamental de todo o cidadão brasileiro e um dever do Estado de garantir mediante políticas sociais e econômicas o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua proteção e recuperação.

Assim, para regulamentar o que havia sido previsto na Constituição no tocante a criança e ao adolescente e as políticas de saúde, os movimentos sociais iniciaram um novo processo em prol da efetivação da cidadania.

Dessa forma, no ano de 1990 foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) que consolidam o Sistema Único de Saúde (SUS) reafirmando o propósito constitucional de que a "saúde é direito de todos e dever do Estado" e, a Lei Federal 8.069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Porém, apesar de todos estes instrumentos legais garantirem o atendimento público de saúde a todas as crianças e adolescentes, ainda estão longe de serem garantidos os atendimentos necessários a esta população. Principalmente à adolescência, que por ser uma fase de transição, conferiu-se uma importância menor e que, além disso, para muitos a adolescência constitui-se um problema a mais, uma vez que envolve uma parcela da população para a qual durante muito tempo não se pensou em nenhum atendimento especial que conseguisse responder às necessidades dos adolescentes, sendo dito apenas que essa é “uma idade problemática” e que “com o tempo tudo passa...”, como se estas frases encerrassem a discussão.

No entanto o Art. 4º do Estatuto atribui ao Poder Público a responsabilidade de assegurar, com absoluta prioridade, aqueles direitos afetos à criança e ao adolescente¹.

¹ Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, (à criança e ao adolescente) a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

A garantia da absoluta prioridade importa, conforme parágrafo único daquele dispositivo, em:

- Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Em 1989, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD cuja atuação se estendeu até 1999, quando da criação da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem – ASAJ no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde. Essa nova área, então, tornou-se responsável pela articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões relativas à adolescência e juventude, em decorrência da percepção de que é necessária uma política nacional integrada de atenção específica aos jovens de 10 a 24 anos.

Com vistas a fornecer subsídio teórico e operacional para a Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, bem como enriquecer as discussões desta área, foi também criado o Comitê Técnico-assessor da ASAJ, cujos membros são escolhidos com base em reconhecida experiência e competência técnica, ou através de eleições de seus membros jovens.

No município de Florianópolis existe um programa que presta atendimento à saúde do adolescente, denominado Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Este programa foi criado em 1990 com base na política do PROSAD. Ele funciona na Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME (antiga Policlínica de Referência - centro) pertencente à rede do SUS e tem como objetivo central o atendimento a saúde integral do adolescente.

No ano de 1998 a assistente social do Centro de Referência elaborou uma pesquisa sobre o perfil do adolescente usuário deste programa. Foi constatado que 40,2%² procuram o programa devido à falta de atendimento médico nos Centros de Saúde de seu bairro e/ou por não conseguirem atendimento a especialidades. Segundo a pesquisa, estes adolescentes relatam que para conseguir atendimento médico em algumas especialidades, deverão fazer parte de uma lista de espera que às vezes dura um ano.

O interesse pelo assunto resulta das experiências de estágio curricular vivenciadas no Centro de Referência em Saúde do Adolescente no período de março a julho de 2003, como também da experiência como bolsista neste programa no período de fevereiro de 2001 a fevereiro de 2003. Durante este período foi observada a atuação do assistente social na efetivação dos direitos dos adolescentes e houve interesse em saber a origem desse tipo de atuação.

Foi constatado que muitos adolescentes que freqüentavam o programa não estavam conseguindo atendimento médico em algumas especialidades. Diante deste contexto e levando-se em conta que tanto o Estatuto como o SUS, foram derivados da Constituição Federal de 1988 e, portanto são garantias legais, as assistentes sociais do Centro de Referência começaram a se questionar sobre como agilizar o atendimento médico e fazer com que o direito do adolescente que freqüentava o programa fosse cumprido de fato e não apenas no papel.

Assim, através de orientações do Promotor da Infância de Florianópolis, o Serviço Social do Centro de Referência passou a orientar os adolescentes sobre a possibilidade de se conseguir o atendimento desejado através de

² Dado da pesquisa da monografia "Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente". CARREIRÃO, (1998).

representações³. Dessa forma, desde 1999 alguns adolescentes passaram a entrar com representações junto ao Ministério Público para que seus direitos fossem garantidos.

Tendo em vista os aspectos apresentados pergunta-se: qual o papel do Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente na efetivação dos direitos dos adolescentes?

Para atender a proposta deste estudo, estabeleceu-se como premissa à abordagem de natureza qualitativa, considerando que a mesma possibilita analisar as relações que permeiam a sociedade e as organizações, buscando significado às ações que as envolvem. Além disso, a metodologia qualitativa possibilita descrever com profundidade determinado problema, analisando a interação e suas variáveis.

Segundo Rey apud Souza (2003, p. 56), uma pesquisa qualitativa é uma via essencial de produção do conhecimento teórico, no qual o lugar da teoria aparece como um momento central. Ainda de acordo com a autora;

Esse lugar de teoria não se define pelo uso de um marco único que se opõe ao desenvolvimento de novas ideias e conceitos no nível empírico, mas resulta em uma teoria articulada e conduzida de forma ativa pelo investigador, que representa um momento vivo no seu desenvolvimento através de sua produção intelectual.

O presente estudo tem como **objetivo geral** mostrar qual o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos referentes ao atendimento público de

³ Juridicamente a representação é a instituição, de que se derivam poderes, que investem uma determinada pessoa de autoridade para praticar certos atos e exercer certas funções, em nome de alguém ou alguma coisa. No Direito Civil e Comercial a representação é propriamente denominada de mandato, exprimindo, assim, o meio legal ou jurídico porque a pessoa não presente ou incapaz se faz substituir por outrem, como se fora ela própria, para prática de atos, que tenha autorizado ou que não possam ser praticados por ela. (SILVA, 1996, p.103 apud CARREIRÃO, 2002 p.07).

saúde aos adolescentes usuários do Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

O desenvolvimento dessa monografia buscou atender os seguintes **objetivos específicos**:

- Verificar como se deu a participação do Serviço Social na transformação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em um Centro de Referência em Saúde do Adolescente;
- Identificar as ações profissionais do assistente social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Dentro da metodologia qualitativa de pesquisa existem várias formas de abordagem. Na presente investigação, optou-se por trabalhar com a técnica denominada Triangulação de Dados que, conforme Triviños (1987, p.138);

[...] tem por objetivo básico abranger a máxima amplitude da descrição e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é possível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas com um marco da realidade social.

Na técnica de triangulação de dados, em primeiro lugar, salientam-se os *Processos e Produtos centrados no Sujeito*, averiguando as percepções do sujeito através de entrevistas, observação e os processos e produtos construídos por ele. No segundo ângulo estão os *Elementos Produzidos pelo Meio*, sendo representados pelos documentos, instrumentos legais, instrumentos oficiais, estatísticos e fotografias. O terceiro enfoque da análise são os *Processos e Produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro organismo social* no qual está inserido o sujeito, ou seja, a realidade do sujeito. (TRIVIÑOS, 1987, p.139)

A constituição do corpo de um trabalho segue determinadas regras e não se pode deixar de fora qualquer elemento da pesquisa. A regra de homogeneidade determina que os documentos devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora dos critérios de escolha. A última regra é sobre a pertinência do material de análise que deve adequar-se ao objetivo da pesquisa, enquanto fatores de informação. (SOUZA, 2003, p.23 apud Coelho, 2000).

Muitos questionamentos surgiram na tentativa de delimitar este trabalho, pois se partiu do pressuposto de que uma das ações profissionais do assistente social neste programa é orientar os adolescentes sobre o acesso aos direitos sociais como a viabilização de acesso à saúde e sobre seus direitos e deveres postos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Desta forma, pensou-se no tema, *A Efetivação dos Direitos dos Adolescentes*, porém julgou-se ser este muito vasto.

Considerou-se então pertinente fazer um estudo mais aprofundado na literatura, para entender e esclarecer melhor o que seria a efetivação dos direitos. Procurou-se entender como os movimentos sociais se articularam no processo de construção do Estatuto da Criança e do Adolescente e quais são os direitos e deveres inscritos nesta Lei sobre a viabilização do acesso à saúde pública, bem como, compreender a política do Sistema Único de Saúde (SUS) relacionada com a questão da cidadania, além do significado de adolescência, sujeito essencial na pesquisa.

Como fontes de informação foram utilizados os seguintes documentos: atas de reuniões do Centro de Referência em Saúde do Adolescente; notícias a respeito do Programa do Adolescente veiculadas no Jornal "Diário Catarinense"

em novembro de 1999; ofício entregue ao Centro das Promotorias da Infância em Santa Catarina e PROSAD em função do “desmantelamento” que ocorreria no programa e as representações que os adolescentes impetraram na justiça.

Foram realizadas entrevistas com as assistentes sociais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, a fim de saber sobre o contexto no qual surgiu a idéia das representações e qual foi o papel do Serviço Social dentro deste. Nas entrevistas foram utilizadas “questões norteadoras” (ANEXO 01), reservando a possibilidade de acrescentar novos questionamentos no sentido de obter uma informação mais profunda em certos pontos.

Para este estudo, foram analisados 16 prontuários de adolescentes que participam do Centro de Referência e que entraram com representação junto ao Ministério Público no período de 1999 a 2003. Nesses prontuários, constam quais as necessidades que resultaram na construção das representações. Através de ligação telefônica, entrou-se em contato com os adolescentes para saber o resultado das representações. Conseguimos informações de 62,5% do total de adolescentes, os demais não possuíam telefone e/ou o número estava errado.

Realizou-se visita ao Juizado da Infância e Juventude nos municípios de Florianópolis, São José e Palhoça onde residem estes adolescentes. No entanto, não se obteve informação. Comunicaram que as representações “correm em segredo de justiça” e não poderiam fornecer nenhum dado.

Foi realizada também visita a Secretaria de Estado da Saúde com o intuito de saber como está inserida a questão da adolescência no PPA (Plano

Plurianual)⁴ –2004-2007. Nesse Plano, pouca menção se faz à saúde do adolescente e, as ações existentes são pontuais e tem abrangência municipal.

Realizou-se contato ao Centro das Promotorias para buscar informações sobre o Ofício entregue no ano de 1999 em função da possível municipalização que ocorreria no Centro de Referência, no entanto, não foi possível ter acesso ao documento solicitado.

A exposição deste trabalho foi organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, apresenta-se como os movimentos sociais propiciaram a construção da Constituição Federal de 1988 e mais tarde do Estatuto da Criança e do Adolescente. Serão apresentadas também as garantias legais previstas pelo Estatuto e pela Constituição Federal aos adolescentes na área da saúde.

No segundo capítulo resgata-se a origem dos serviços públicos de saúde oferecidos aos adolescentes no Brasil e, em especial, no município de Florianópolis, pela Secretaria de Estado da Saúde.

⁴ O Plano Plurianual - PPA estabelece diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal por um prazo de pelo menos quatro anos, mas pode definir o destino de toda uma geração. Elaborar um Plano Plurianual é decidir quais são os investimentos mais importantes dentro de um projeto de desenvolvimento. Na discussão do PPA, buscam-se respostas para questões fundamentais, como: Quais as políticas mais adequadas para estimular os diversos setores da produção; quais as melhores políticas para gerar mais e melhores empregos; quais são as ações para reduzir as desigualdades regionais; quais são os projetos de infra-estrutura que vão receber mais atenção e recursos; quais são os ramos da pesquisa científica e tecnológica fundamentais para o crescimento do país; quais são os programas sociais necessários para o desenvolvimento humano da população, a inclusão social e a melhor distribuição da renda entre os brasileiros. O PPA foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (Artigos 165, parágrafo 1º). Antes disso, alguns governos executaram planos de desenvolvimento que marcaram o país. O governo Juscelino Kubitschek, por exemplo, executou um Plano de Metas que consolidou a industrialização da região Sudeste e criou a Sudene, para desenvolver o Nordeste. A Constituição estabelece que o governo federal tem de apresentar o PPA ao Congresso Nacional até o final de agosto do primeiro ano da administração. O Congresso tem prazo até o fim deste ano para examinar a proposta do Executivo. O PPA orienta a elaboração do Orçamento da União para os quatro próximos anos, incluindo o primeiro ano do governo seguinte.

No terceiro capítulo objetiva-se a apresentar as questões inerentes ao processo de trabalho do assistente social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, além do processo de efetivação dos direitos dos adolescentes através deste programa. Apresentar-se-á a análise da pesquisa realizada nos prontuários e nas entrevistas com as assistentes sociais do Centro de Referência.

Por fim, conclui-se o trabalho com as reflexões e considerações finais sobre a questão apresentada.

1 O ADOLESCENTE E O SEU DIREITO ASSEGURADO POR LEI: O DIREITO À SAÚDE

“A necessidade de participar, de tomar em mãos o espaço que nos cerca, é tão importante quanto outras necessidades vitais. Nesta medida, é um direito humano.” (BARROSO, 1997)

Os anos 1980 surgem, no campo das políticas de atendimento à infância e adolescência, como um tempo de grandes transformações. Os movimentos populares, dentre eles o de defesa dos direitos da criança e do adolescente, se mobilizaram pela democratização do país, que basicamente significava um veemente repúdio a tudo o que advinha do Regime Militar. Essa luta dos movimentos populares e da sociedade organizada foi no sentido de assegurar a inclusão, aprovação e manutenção de diversos dispositivos que colocassem o cidadão a salvo das arbitrariedades do Estado e dos Governos. Assim, no ano de 1988 ocorreu a promulgação da Constituição Federal. Essa Lei ao incluir os artigos 227 e 228 que tratam dos direitos da criança e do adolescente, passou a exercer um papel de protagonista no cenário internacional. Esses artigos foram regulamentados, em seguida, pela Lei Federal 8.069/90 - *Estatuto da Criança e do Adolescente*, precedida de uma ampla mobilização dos diferentes atores da sociedade civil. Este Estatuto acrescenta novos conteúdos ao elenco dos direitos e deveres da infância e da juventude em nosso país.

Neste capítulo, inicialmente, julga-se importante apresentar como os movimentos sociais propiciaram a construção da Constituição e mais tarde do Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são abordadas as mudanças com

relação às garantias de direitos previstos às crianças e aos adolescentes, após o advento do Estatuto.

Conforme já visto anteriormente, a Constituição Federal no artigo 227 define prioridade absoluta as crianças e aos adolescentes no acesso aos direitos sociais básicos. Com relação à saúde, a mesma Constituição em seu artigo 196 assegura: “A saúde é um direito de todos e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua proteção e recuperação”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente define em seu artigo nº 11 que: “É assegurado o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

No entanto, percebe-se diante das constantes violações aos direitos das crianças e dos adolescentes, que ainda estão longe de serem garantidos os atendimentos necessários a esta população.

1.1 Os movimentos sociais e o processo de construção do Estatuto da Criança e do Adolescente

Segundo Silva (1985, p.78) "os movimentos sociais são manifestações coletivas (com vistas à transformação social) como formas de expressão populares, alternativas, independentes e espontâneas".

Para Barroso (1997, p.37) “quando os grupos se organizam na busca de libertação, ou seja, para superar alguma forma de opressão e para atuar na produção de uma sociedade modificada, pode-se falar na existência de um movimento social”. Ainda segundo o mesmo autor;

Os movimentos sociais caracterizam-se por ser um grupo mais ou menos organizado, sob uma liderança ou não, com programas ou objetivo comuns, baseado em uma ideologia (ou princípio valorativo), visando um fim específico ou mudança social.

Scherer-Warren (1993, p.28) define os movimentos sociais como “toda a ação coletiva com caráter reivindicatório ou de protesto, independente do alcance ou do significado político ou cultural de luta”.

Entretanto, na atualidade não é mais possível pensar nos movimentos sociais como algo “pinçado” da sociedade como um todo, sem estarem necessariamente articulados com uma presença mais efetiva na formulação de políticas públicas e com a emergência de novos atores, com o papel fundamental no processo de democratização da sociedade brasileira.

Os movimentos sociais consolidaram-se a partir da segunda metade da década de 1970. Estruturavam-se em torno de reivindicações que diziam respeito a melhorias das condições de vida da população e ampliação do acesso a bens de consumo coletivo. De acordo com Barroso (1997, p.40) “os movimentos sociais emergiram da carência sentida pelos agentes envolvidos de direitos e garantias básicas, cujas noções foram sendo redefinidas, denunciando a violência que perpassa o cotidiano das pessoas”. E, na conjuntura da crise do autoritarismo, a ascensão dos movimentos populares e das organizações políticas de oposição, vão configurando a consolidação de espaços de articulação de diferentes formas de organização na luta pelo direito à cidadania. (JACOBI, 1989 p. 139).

Dentro deste contexto insere-se o movimento social em favor das crianças e dos adolescentes, que conforme Carvalho (1993, p.39);

Os agentes governamentais e não-governamentais atuantes na área da menoridade começam, nesse período (*fim dos anos setenta e início da década de oitenta*)⁵ a se insurgir contra o caos, a incoerência, o fracasso e, até mesmo, contra a violência presente no trato da criança e do adolescente em situação de risco pessoal e social.

A atuação destes movimentos é valorizada pela presença de setores da sociedade civil na formulação de políticas públicas. Para elaboração destas políticas foram criados órgãos mistos (governo/sociedade), além do incentivo à participação nestas instâncias.

A principal característica deste movimento é a valorização da luta no plano institucional, da conquista e garantia dos direitos no âmbito legal. O melhor exemplo de luta no campo da legislação é o Fórum dos Direitos da Criança e do Adolescente (DCA)⁶. Este fórum foi criado em 1988, reunindo mais de uma dezena de entidades não-governamentais em defesa da criança e do adolescente. Essa articulação surgiu a partir de duas motivações básicas: a alteração no panorama legal, no que tange a questão da criança e do adolescente e a necessidade de uma articulação em nível nacional de entidades atuantes na área de defesa e promoção dos direitos da infância e da juventude. Em um documento do Fórum DCA encontra-se a explicação dos motivos que levaram à sua criação;

⁵ Grifo nosso.

⁶ O Fórum DCA – Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamental de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, é uma articulação nacional de entidades não governamentais de luta pelos direitos da criança e adolescente, acima de distinções religiosas, raciais, ideológicas ou partidárias, aberta à cooperação com entidades governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais, para a consecução de seus objetivos.

A motivação concreta e imediata para esta articulação deveu-se ao fato de que no Brasil vive-se, neste momento histórico, todo um processo de mudança de sua legislação, em todos os níveis (federal, estadual e municipal), e essas entidades, percebendo a atual legislação brasileira como uma das expressões mais fortes dessa violação, pois é omissa, repressora e discriminatória em relação à criança e ao adolescente, não poderiam se furtar ao compromisso histórico de buscar alterações substanciais no sentido de ocupar o espaço da criança e do adolescente como sujeitos de seus direitos. (FÓRUM DCA, 1989)

O Fórum DCA assume contornos de um movimento social nacional com propostas e capacidade alterativa no plano legal, introduzindo na constituição brasileira de 1988 o compromisso com a criança e o adolescente – prioridade absoluta. (CARVALHO, 1993 p. 40).

Dessa forma, os setores articulados em defesa dos direitos da criança e do adolescente iniciaram ações no sentido de elaborar uma lei que regulamentasse o que havia sido garantido na Constituição Federal, a partir da qual todas as crianças e adolescentes passaram a ter seus direitos assegurados como apresentado no artigo 227 da Carta Magna;

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar a criança e ao adolescente, com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, a profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Assim, em julho de 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, através da Lei Federal nº 8.069 que regulamenta os direitos dos mesmos. A partir desta, não deve mais haver diferenciação e discriminação a qualquer criança, pois todos têm direitos iguais perante a lei. O compromisso passa a ser da família, da sociedade e do Estado, sendo que o governo municipal passa a ter a responsabilidade no atendimento das necessidades básicas de crianças e

adolescentes com a finalidade de garantir a boa convivência familiar e comunitária.

Considerado por muitos um divisor de águas, o Estatuto da Criança e do Adolescente substitui o Código de Menores instituído em 1979 que fundamentava-se na doutrina de situação irregular, ou seja, havia um conjunto de regras jurídicas que se dirigiam a um tipo de criança e adolescente específico, aqueles que estavam inseridos num quadro de patologia social. A nova legislação ampliou os poderes dos cidadãos e dos municípios na defesa dos direitos da infância e adolescência, apostando na descentralização e na participação da sociedade civil. Ao entender a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, o Estatuto rompeu com a idéia de serem estes meros objetos de intervenção jurídica e social ou simples portadores de necessidades.

O Estatuto da Criança e do Adolescente significou para o direito infanto-juvenil uma verdadeira revolução, ao adotar a doutrina da proteção integral. Este Estatuto acrescenta conteúdos novos ao elenco dos direitos da infância e da juventude em nosso país. Essas mudanças abrangem o campo dos direitos individuais (vida, liberdade e dignidade) e o campo dos direitos coletivos (econômicos, sociais e culturais).

A Carta Constitucional e o Estatuto trazem em relação à criança e ao adolescente três avanços fundamentais e passa a considerá-los:

- **Sujeitos de Direitos:** a criança e o adolescente não poderão mais ser tratados como objetos passivos da intervenção da família, da sociedade e do Estado. A criança tem direito ao respeito, à dignidade e a liberdade e este é um dado que em nenhum momento poderá de ser deixado de levar em conta.

- Pessoas em Condições Peculiares de Desenvolvimento: por se tratar de seres em pleno desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e sócio-cultural, a criança e o adolescente não podem responder pelo cumprimento das leis e demais deveres e obrigações inerentes à cidadania da mesma forma que os adultos.
- Prioridade Absoluta: preferência na formulação e execução de políticas públicas; destinação privilegiada de recursos públicos às áreas relacionadas com a proteção da infância e juventude.

Com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente foram criados os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente que têm como competência auxiliar o Executivo Municipal na formulação das Políticas Públicas. Além desses, criou-se os Conselhos Tutelares que têm como competência zelar pelos direitos das crianças e adolescentes, fazendo com que se cumpram as determinações do Estatuto, em conjunto com o Poder Judiciário sempre que dele necessitar.

Os principais mecanismos da sociedade civil que asseguram os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente são:

- As políticas públicas: elaboradas, acompanhadas e controladas por Conselhos de Direitos em todos os níveis, financiados com recursos da União, do Estado e dos Municípios e por outras fontes recebidas através de Fundos com possibilidade de abatimento do Imposto de Renda;
- Os Conselhos Tutelares: visando a desjuridicalização do atendimento de crianças violadas em seus direitos;
- O Ministério Público e a Defensoria Pública;

- A Justiça da Infância e Juventude;
- As ações civis de proteção judicial dos interesses individuais, difusos e coletivos.

Conforme Carreirão (1998, p.15):

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente, muda-se de maneira radical a concepção que até então havia a respeito do atendimento as crianças e aos adolescentes. Incorpora-se ao nosso ordenamento jurídico a dimensão social da cidadania.

Porém, apesar dos passos dados, a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente enfrenta inúmeras dificuldades. Grande parte dos Conselhos de Direitos e Tutelares, previstos na legislação, ainda não funcionam de acordo com o esperado. Em meio a este contexto Souza (1998, p.45) salienta que;

Os Conselhos Tutelares e de Direitos constituíram-se de forma a consubstanciar a proposta da democracia participativa. [...] No entanto, a experiência dos conselhos ainda é um cenário em construção. Polêmicas, divergências e conflitos em torno da atribuição de responsabilidades, da distribuição dos poderes e representatividade têm permeado a atuação desses órgãos.

Além disso, o atendimento às crianças e principalmente aos adolescentes não está sendo garantido como determina a Lei. Em pesquisa realizada por Carreirão (2002) a respeito das mudanças no atendimento de saúde com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente a autora constata que “apesar de o Estatuto definir prioridade no atendimento de saúde à criança e ao adolescente e determinar a implementação de políticas públicas para que isso realmente se efetive, não é o que está ocorrendo”. Carreirão (2002, p.88) conclui que;

A impunidade do Estado no descumprimento da Lei, o desconhecimento dos usuários quanto aos seus direitos, e a pouca cobrança destes nos

seus órgãos de defesa parece apontar para um dos motivos desse descaso com a saúde da população.

Ainda assim, existe o preconceito e a desinformação de setores da sociedade sobre o significado do Estatuto.

Vale lembrar que a simples existência de leis que proclamem os direitos sociais, por si só não conseguem mudar as estruturas, antes há que se conjugar aos direitos uma política social eficaz, que de fato assegure materialmente os direitos já positivados.

1.2 O Sistema Único de Saúde e a cidadania

Como já visto anteriormente, a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente foram respostas dadas à sociedade como resultado dos movimentos populares havidos no Brasil na década de 1970 e 1980.

A Constituição Federal, nos artigos 196 a 200, seção II, da saúde deixa claro que a conquista da saúde é um direito de todos e dever do Estado:

Art. 196 – A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em se tratando da saúde da criança e do adolescente o Estatuto em seus artigos 07 ao 14, revela-se como prioridade absoluta, que deve ser efetivado através de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência das crianças e dos adolescentes.

No Título II do Estatuto, que trata dos Direitos Fundamentais, estabelece o Direito à Saúde da Criança e do Adolescente, desde sua fase pré-natal de desenvolvimento. E no seu artigo 11:

Art. 11 - É assegurado o atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde.

Ainda convém lembrar que a Constituição Federal resgatou a proposta da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Concebendo a saúde como "*direito de todos e dever do Estado*" e amplia a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida, trabalho, habitação, alimentação, educação e lazer; também o acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social.

Além disso, para regulamentar o que foi previsto na Constituição Federal de 1988 no que diz respeito ao atendimento à saúde, no ano de 1990 foram editadas as Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Lei 8.080/90 e 8.142/90). Foi a partir dessa legislação complementar que se instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS).

O Sistema Único de Saúde representa um grande avanço no tocante às políticas públicas, com propostas de solidariedade social, universalidade de acesso e integralidade de ação.

O SUS é composto por um conjunto de unidades, serviços e ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde prestada por órgãos

e instituições públicas e privadas contratadas ou conveniadas, respeitando a autonomia dos três níveis de governo.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e o artigo 07º da Lei 8.080/90. Estas diretrizes podem ser classificadas em princípios doutrinários e princípios organizativos que estabelecem parâmetros de conduta e desempenho, contemplando a referência de gestão.

O SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários:

- Universalidade que é a garantia de acesso do cidadão aos serviços de saúde públicos ou contratados pelo Poder Público.
- Eqüidade que é a garantia de atendimento ao cidadão em todos os serviços, em igualdade de condições, respeitando-se a necessidade de saúde de cada caso.
- Integralidade significa a garantia de atendimento integral, reconhecendo-se o cidadão, as ações e os serviços como um todo.

Além disso, o SUS tem como princípios organizativos:

- Hierarquização, que corresponde à divisão dos serviços em três níveis de complexidade: atenção primária (prevenção), secundária (assistência médica) e terciária (assistência hospitalar). Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidades crescentes, no nível ambulatorial e hospitalar.
- Regionalização é a distribuição dos serviços numa determinada região, levando-se em conta os tipos de serviços oferecidos e sua capacidade de atender a população. Os serviços devem ser dispostos numa área

geográfica delimitada e com definição de população a ser atendida, com acesso a todo tipo de tecnologia disponível.

- Resolutividade é a capacidade do serviço resolver, no seu nível de competência, as exigências de atendimento individual ou de impacto coletivo sobre a saúde.
- Descentralização é entendida como uma redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre vários níveis de governo.
- Participação social é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. A participação social, segundo os dispositivos na Lei 8.142/90, se dará em Conselhos e Conferências de Saúde⁷, em cada esfera do governo.

O SUS é financiado com recursos da União, dos estados e dos municípios. É atribuição constitucional do Poder Público Municipal, Estadual e Federal destinar uma parcela de seu orçamento para ações e serviços de saúde. Este é composto pelo orçamento da Seguridade Social⁸ e orçamento fiscal da União, estados e municípios.

⁷ Os Conselhos de Saúde são uma forma de participação social: na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde; na formulação das estratégias de implementação dessa política; no controle sobre a utilização de recursos; no controle sobre a execução e na mobilização da população.

⁸ A Seguridade Social é financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, através de arrecadação de impostos; dos empregadores, incidindo sobre a folha de salários e faturamento e o lucro; dos trabalhadores e os demais segurados da previdência social e sobre a receita de concursos de prognósticos (loterias oficiais).

Os recursos para a saúde, repassados pelo Tesouro Nacional e Seguridade Social, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retirada para o custeio e investimentos das ações federais; a outra é repassada às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de saúde e rede assistencial.

Sabe-se que a saúde não é somente o resultado das condições de trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer entre outros, como também, das condições inerentes ao exercício da cidadania e da liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente.

A cidadania, definida pelos princípios da democracia, constitui-se na criação de espaços sociais de luta (movimentos sociais) e na definição de instituições permanentes para a expressão política (partidos, órgãos públicos), significando necessariamente conquistas e consolidação social e política. (Vieira, 2000).

Além disso, entende-se por cidadania um conjunto de direitos e liberdades políticas, sociais e econômicas, já estabelecidos ou não pela legislação. A saúde é um componente desta cidadania, “compreendida não só pela existência formal dos direitos civis, políticos e sociais, mas pela possibilidade efetiva de exercê-los”. (SCOREL, 1995).

No entanto, esse aspecto na prática, tem conotação contrária. Apesar do SUS ter sido um grande avanço no tocante a política de saúde, a situação atual do Brasil decorrente de uma política neoliberal, tem ignorado de forma sistemática a degradação pessoal e social de milhares de crianças e adolescentes. O pensamento neoliberal defende um Estado voltado às atividades mínimas e

essenciais, reduzindo sua participação nas funções relacionadas com o bem estar social. Silva (1998, p.29) analisa a seguinte questão dizendo que;

[...] na atual conjuntura, percebe-se que o Estado é mínimo ao que convém aos neoliberais, como no caso das Políticas Sociais, *entre elas o da saúde(grifo nosso)*, sendo um Estado máximo com os subsídios, créditos a bancos e isenções de impostos para grandes grupos empresariais. Ou seja, atualmente o papel do Estado é de criar as melhores condições para a expansão do mercado.

De acordo com a política neoliberal, o Estado deve apenas intervir com o intuito de garantir um mínimo, “rechaça-se desta forma o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal” (LAURELL, 1997). As políticas focalistas do Estado neoliberal não só exclui a maioria da população ao acesso aos benefícios sociais, mas rompem com princípios como universalidade, igualdade e gratuidade estabelecidas no SUS.

Chama-se a atenção neste parágrafo para a colocação de Cohn ett al (1991, p.68) ao se referirem às políticas de saúde no Brasil e a viabilização das mesmas. Para os autores;

No Brasil, as diferentes formulações das políticas de saúde, levando em consideração a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e mais diversificada, vêm apresentando, reiteramente, o critério de acesso como pressuposto da disponibilidade de serviços para prover o necessário atendimento à população carente.

Dentro desta perspectiva, Yasbek (1999, p.6) expõe que “a política neoliberal na esfera social tem um caráter “reducionista” esvaziando e descaracterizando os mecanismos institucionalizados de proteção social”.

Desta forma, não se pode falar em Estado Democrático de Direito se não há uma política social eficaz. Infelizmente, ainda não possuímos uma política social séria e democrática. Essa constatação verificada diariamente através da

mídia, entra em choque, com o mundo do direito, determinado através dos preceitos constitucionais.

1.3 O adolescente e o seu direito à saúde

O conceito de adolescência, como período de mudança, transformação e fase do desenvolvimento humano, é próprio das sociedades modernas, e não há consenso quanto à sua duração. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência é o período da vida compreendido entre os 10 e 20 anos de idade, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 2º, considera adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade, quando podem responder legalmente por seus atos.

Se o início é definido pelas alterações fisiológicas da puberdade, o final da adolescência, em nossas sociedades, seria definido por fatores psicológicos e sociais: o jovem se tornaria capaz de assumir as responsabilidades próprias da vida adulta, de fazer escolhas, de superar as instabilidades emocionais características da adolescência. Esta “não teria uma delimitação etária rígida” (MELO, 2000, p.11). Assim, o início e o fim da adolescência não teriam uma determinação em termos de idade.

O número de adolescentes no mundo supera um bilhão e na América Latina e Caribe o aumento dessa população foi de 138% no período de 1960 e

1990. De 40,1 milhões passou-se para 95,7 milhões. Isto significa que os adolescentes representam por volta de 20% da população dos países.⁹

A importância demográfica desse grupo e sua vulnerabilidade aos agravos de saúde, bem como as questões econômicas e sociais e suas vertentes de educação, cultura, trabalho, esporte, lazer e outros, determinam a necessidade de atenção mais específica e abrangente. Os adolescentes brasileiros têm, como cidadãos, direito à saúde e é dever do Estado possibilitar esse acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do SUS.

A partir da Constituição Federal de 1988, como visto anteriormente, todas as crianças e adolescentes passaram a ter assegurado seus direitos à saúde gratuita como apresentado no Art. 227 da Carta Magna.

O Título I do Estatuto da Criança e do Adolescente trata em seu artigo 03º;

Art. 03º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

A seguir, o Estatuto em seu Título II, referente aos Direitos Fundamentais, estabelece o Direito à Saúde da Criança e do Adolescente, desde sua fase pré-natal de desenvolvimento. E no seu artigo 11 é “assegurado o atendimento médico à criança e ao adolescente através do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde”.

⁹ Dados obtidos do artigo: “Maternidade na adolescência, famílias e políticas públicas: o retrato do Estado Mínimo”. MIOTO, (2000).

Além disso, no ano de 1994 ocorreu no Cairo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, da qual participaram 179 Países, no qual foi aprovado um documento de 115 páginas, tendo entre seus princípios fundamentais o acesso a serviços de saúde, que incluem a promoção do aleitamento materno, educação, informação e cuidados em saúde reprodutiva dos adolescentes, redução do número de gravidez na adolescência, planejamento familiar e educação sexual a mulheres, homens e adolescentes, visando a diminuição dos índices de gravidez não desejada e gravidez de alto risco, de morbidade e mortalidade, aumento da participação dos homens no planejamento familiar, entre outros. O capítulo 2 – princípio 08 do referido documento determina que;

Todos têm o direito a usufruir do mais alto padrão possível de saúde física e mental, devendo os Estados adotar medidas que garantam o acesso universal a serviços de saúde, "inclusive aqueles relativos à saúde reprodutiva", que incluem, por sua vez, o planejamento familiar e a saúde sexual. (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p.07)

O Brasil, em relação a outros países apresenta um considerável progresso na criação de Legislações que visam à garantia de direitos sociais, relacionados aos princípios postos na Conferência do Cairo, com diretrizes e metas bem definidas. Porém, muitos destes ainda não são realidades na vida de milhões de brasileiros, pois não foram efetivados.

Sabe-se que as questões que envolvem a formulação de políticas públicas no Brasil são bastante complexas, principalmente nas propostas existentes em relação aos adolescentes.

Com relação aos direitos de assistência a saúde do adolescente no Brasil, além da Constituição Federal e do Estatuto, tem-se:

- Programa Nacional de Direitos Humanos (1995/1996):

Dentro das propostas de ações governamentais, o Programa propõe, entre outras coisas: investir na formação e capacitação de profissionais e encarregados da implementação da política de direitos da criança e do adolescente nos governos Estaduais e Municipais e nas organizações não-governamentais.

- Área de Saúde do Adolescente e do Jovem -- ASAJ (1999) ¹⁰

O ano de 1999 ficou especialmente marcado pela criação da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem (ASAJ), logo após a Conferência Mundial dos Ministros responsáveis pela juventude, realizada em Lisboa. As ações da ASAJ visam promover a atenção integral à saúde da população na faixa etária de 10 a 24 anos. A estratégia é organizar ou qualificar os serviços na rede do SUS, por meio da construção de parcerias com várias entidades e a pactuação de uma agenda política com estratégias e ações. Isso porque aspectos como gravidez na adolescência, infecções pelas DST's/aids, violência e doença mental necessitam de intervenções diretas e sistematizadas.

Desde a criação da ASAJ, foram desenvolvidas várias atividades nesse sentido, como fóruns, distribuição de material informativo, encontros e capacitação de multiplicadores nos estados sobre saúde do adolescente e do jovem. O objetivo da ASAJ é fortalecer o atendimento às demandas referentes a essa faixa etária no SUS, oferecer serviços diferenciados e qualificados, além de contribuir para o desenvolvimento saudável e para a redução dos principais agravos que atingem a juventude.

¹⁰ Este programa era denominado originalmente de Programa Saúde do Adolescente – PROSAD (criado pela Portaria do MS nº980/GM de 21/12/1989):

Porém, apesar de todas essas garantias e direitos previstos, parece haver um descompasso entre as Leis e a prática efetiva das políticas públicas.

Para Lima (1997 p.62);

[...] os direitos, podem se transformar em mero instrumento jurídico, mas trazem em si uma dimensão simbólica insuprimível, que é a invenção de novos direitos. [...] os discursos e práticas que encenam novos direitos permitem aos indivíduos se constituírem cidadãos na trama das relações sociais.

Wanderley (2000) fala de uma contradição entre a teoria e prática efetiva dos direitos, pois se constituem em “letra morta” para a maioria da população, porque seus membros foram excluídos dos direitos por não terem acesso a eles. No entanto, por outro lado, os direitos acabam por serem concedidos às elites, o que o autor intitula de “cidadania passiva, excludente, predominantemente nas sociedades autoritárias”.

Porém, comenta o autor;

Com os processos de conscientização e politização operados por diversas instâncias, predominantemente pelos inúmeros grupos de educação popular foi mudada a postura tradicional do pedir às autoridades para de reivindicar. (WANDERLEY, 2000, p.158)

Segundo Freitas (1998), as manifestações de classes, representadas tanto por aqueles que detêm o poder quanto pelos menos privilegiados, indicam que a sociedade está passando de uma concepção de cidadania concedida para a concepção de cidadania conquistada, características das sociedades verdadeiramente democráticas.

De acordo com Firmo (1999, p.15) “[...] para um país se democratizar de verdade precisa muito mais do que leis formais e materiais democráticos, ou seja,

necessita de uma consciência democrática, para que as propostas da lei sejam realizadas no cotidiano do Estado”.

Sabe-se que há muito a ser feito para que essas políticas sejam efetivamente implementadas e garantidas. Portanto, na atual conjuntura, precisamos visualizar uma nova concepção de cidadania e redimensioná-la, ou seja, dar-lhe um novo sentido pautado não só na garantia dos direitos sociais, mas em princípios como a igualdade, a liberdade e a universalidade.

Após essas considerações, apresenta-se a seguir o capítulo que abordará a implantação dos serviços públicos de saúde ao adolescente no Brasil e especialmente no município de Florianópolis, enfocando mais precisamente o DAME – Diretoria do Posto de Assistência Médica e o Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Nesta instituição o adolescente dispõe de diversos serviços específicos que atendem as várias questões dessa fase da vida, entre elas a saúde.

2 A DIRETORIA DO POSTO DE ASSISTENCIA MÉDICA - DAME E O CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Admitir a cidadania como construída no processo de relações sociais implica admitir a idéia dos direitos entre os homens como processos/produtos emergentes da liberdade, da história, da existência social e política. (GUEIROS, 1991).

No capítulo anterior foi mostrado o modo como os movimentos populares, dentre eles o de defesa dos direitos da criança e do adolescente se mobilizaram pela democratização do país e, propiciaram em 1988 a promulgação da atual Constituição Federal que em no seu Art. 01º proclama que o Brasil constitui-se em “Estado Democrático de Direito” e que tem dentre os seus fundamentos: “a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana”. A partir desta Constituição, os movimentos populares caminharam em busca de legislações complementares que regulamentassem o que esta havia previsto.

O propósito deste capítulo é pontuar como originaram os serviços públicos de saúde oferecidos aos adolescentes no Brasil e em especial no município de Florianópolis, pela Secretaria de Estado da Saúde.

2.1 Situando a Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME

O DAME anteriormente era denominado Policlínica de Referência Regional. No início do ano de 2003, com a reformulação do organograma desta

instituição a Policlínica passou a se chamar Diretoria do Posto de Assistência Médica (DAME).

Este é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde, desde 1991. Sua finalidade é oferecer a população do Estado atendimento médico e odontológico de caráter ambulatorial e laboratorial, conforme as diretrizes gerais do modelo assistencial do SUS: universalidade, eqüidade, integralidade, reorganização, resolutividade, descentralização, participação da comunidade e complementaridade do setor privado.

Sua inauguração ocorreu em 22 de novembro de 1973 pelo Presidente General Emílio Garrastazu Médici, como Posto de Assistência Médica - PAM de administração Federal, quando passou a vigorar como órgão do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

Segundo DUTRA (1999 p.37);

Por apresentar amplitude em seu complexo ambulatorial, dispondo de uma gama de especialidades médicas e odontológicas, a Policlínica e, *atualmente DAME*¹¹ ficou sobre a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde, já que a proposta dos convênios de municipalização era de descentralizar os postos de assistência médica para os municípios de Santa Catarina. Dessa forma, a Policlínica do SUS originou-se como órgão da Secretaria de Estado da Saúde no ano de 1991, através dos convênios de municipalização SUS-SC 01/95, onde todos os PAM's foram municipalizados, exceto a Policlínica, que ficou sob gestão do Estado, em referência ambulatorial, com cedência do Posto de Assistência Médica de Florianópolis (PAM – Capital) que pertencia ao INAMPS.

Atualmente o DAME divide seu espaço físico com o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, devido ao fato de o prédio ter sido cedido pelo extinto INAMPS.

Os cargos neste órgão dividem-se em:

¹¹ Grifo nosso.

- Nível Diretivo: Direção Geral, Coordenação Clínica, Gerência Técnica, Gerência Administrativa, Assistente e Subgerentes.
- Seções de Apoio Diretivo: Coordenação da Qualidade, Centro de Estudos e Aperfeiçoamento, Planejamento e Informática.
- Seções Técnicas: Ambulatório Médico, Programas Especiais, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Serviço Social, Laboratório, Nutrição e Radiodiagnóstico.
- Seções Administrativas: Material e Patrimônio, Zeladoria, Manutenção, Finanças, Pessoal, Arquivo Médico/ Autorização de Exames, Secretaria, Protocolo e Expedição.

Os serviços oferecidos à população são:

- Clínica Médica (Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Proctologia, Fisiatria, Reumatologia, Pediatria, Angiologia, Neurologia, Ortopedia);
- Serviço de Nutrição;
- Serviço de Oftalmologia;
- Serviço de Eletrografia (ECG/ EEG);
- Serviço de Otorrinolaringologia;
- Pequenas Cirurgias;
- Programa de Saúde Natural. (Reflexologia, Massoterapia, Acupuntura).

Para a população ter acesso às especialidades médicas do ambulatório é necessário que o usuário seja encaminhado pela rede básica de saúde do município. A marcação da consulta se faz pelo telefone do Centro de Saúde para a Central de Marcação de Consultas do DAME.

Além desses serviços, o DAME desenvolve um total de seis programas os quais fazem parte da seção técnica, contando com a participação do Serviço Social:

- Serviço de Referência em Doenças Crônicas e 3^a Idade. (Hipertensão, Diabetes, Osteoporose);
- Programa de Controle da Tuberculose;
- Centro de Referência em Saúde da Mulher e do Homem. (Preventivo do Câncer e Planejamento Familiar);
- Programa de Controle da Hanseníase;
- Centro de Atenção Psicossocial - CAPS;
- Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Vale salientar que os programas e serviços prestados pelo DAME são financiados com recursos da Secretaria de Estado da Saúde e, para a população ter acesso aos programas é necessário ser elegível a cada um deles e o agendamento se faz via Centro de Saúde. No caso do Centro de Referência em Saúde do Adolescente o agendamento pode ser feito diretamente no DAME, no setor de marcação de consultas.

Este último programa será mais bem contextualizado a seguir, já que a experiência vivenciada durante o estágio curricular nesta instituição resultou no interesse de estudar o tema proposto, além disso, serão enfocados alguns pontos importantes sobre o processo de implantação dos serviços de saúde aos adolescentes no Brasil e em especial em Florianópolis.

2.2 A implantação do atendimento ao adolescente no Brasil

Dando cumprimento a Constituição Federal de 1988, o Ministério da Saúde desde novembro de 1989 vem trabalhando em políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida do adolescente e do jovem através da operacionalização de Programas de Atenção à Saúde do Adolescente - PROSAD, criado pela portaria do MS nº980/GM de 21/12/1989.

O Ministério da Saúde ao criar o PROSAD objetivava;

[...] dentro de um programa com ênfase na atenção da saúde integral do adolescente, um propósito válido deve ser contribuir ao alcance da saúde integral para todos os adolescentes, e do bem-estar e desenvolvimento deles. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.02)

A ilustração (ANEXO 02) mostra os propósitos, desafios, mecanismos de promoção da saúde, bem estar e desenvolvimento, bem como a consolidação das estratégias pensadas ao criar-se o PROSAD em 1989.

Conforme o Ministério da Saúde (1990), o PROSAD visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. E objetiva: estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local; bem como promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência.

Segundo o Ministério da Saúde (1990) os programas voltados para a Saúde dos Adolescentes, deveriam ter suas ações básicas fundamentadas numa política de promoção, identificação de grupos de riscos, detecção precoce de

agravos, tratamento adequado e reabilitação. Estes programas devem ter como áreas prioritárias de ação: família; crescimento e desenvolvimento; sexualidade; saúde mental; saúde reprodutiva; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes, violência e maus-tratos, sempre relacionados com o resgate da auto-estima.

De acordo com as bases programáticas do PROSAD (1989), este programa deverá planejar e desenvolver práticas educativas e participativas que permeiem todas as ações dirigidas aos adolescentes, assegurando apropriação, por parte destes, de conhecimentos necessários a um maior controle de sua saúde. O aspecto preventivo caracterizava-se como um dos objetivos centrais num programa deste porte, impedindo o internamento em instituições asilares, hospitalar e outros.

No Estado de Santa Catarina, o atendimento ao adolescente começou em abril de 1987, em função da proposta de três profissionais: uma assistente social, uma pediatra e uma enfermeira. Essa equipe iniciou os trabalhos com um ciclo de palestras em agosto do mesmo ano sobre adolescência e cuidados com a saúde, a alunos de colégios próximos ao PAM – Capital, enquanto elaboravam uma proposta de atendimento ambulatorial.

O ambulatório foi inaugurado em junho de 1988, dividindo espaço físico com o Programa de Puericultura do PAM. Dessa forma, tornou-se impossível o atendimento no período integral, devido à falta de espaço físico.

Em dezembro de 1988 a equipe de profissionais do “Programa de Atendimento ao Adolescente”, resolveu parar este serviço por inúmeras razões, entre elas a inexistência de normatizações específicas às ações deste atendimento, além da dificuldade na capacitação dos técnicos através de

treinamentos específicos. Porém, o ambulatório do adolescente no PAM foi reaberto em abril de 1989, devido ao aumento do número de profissionais que se empenharam para seu retorno.

E em dezembro de 1989 o Ministério da Saúde, seguindo os princípios Constitucionais, enviou às Secretarias de Saúde dos Estados, através da Portaria nº 980, as diretrizes e estratégias para a criação de Programas Estaduais.

Dessa forma, no Estado de Santa Catarina, na data de 27 de março de 1990, o então Secretário de Estado da Saúde Srº Cláudio Luiz Bley do Nascimento constituiu o Programa de Saúde do Adolescente com objetivos do programa a nível nacional, através da Portaria SES/ nº 011/90. Esta Portaria em seu artigo 1º, seção I dispõe;

Art. 1º - Fica constituído o Programa de Saúde do Adolescente de Santa Catarina – PROSAD/SC, vinculado à Diretoria de Serviços Básicos de Saúde do Departamento Autônomo de Saúde Pública com os seguintes objetivos: Seção I – Nortear a assistência à saúde do adolescente oferecida pelos organismos que integram o SUS para um modelo de atenção holística, privilegiando as questões de promoção da saúde.

No município de Florianópolis foi inaugurado, em junho de 1990, o ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na sede do antigo Posto de Assistência Médica no INAMPS e atual DAME. Sendo conhecido como ambulatório piloto no Estado, ficando sob a coordenação e supervisão da Secretaria de Estado da Saúde.

Em 05 de abril de 1991 o Secretário de Estado da Saúde Srº João Ghizzo Filho, pela Portaria nº 98/91 define os objetivos, diretrizes e estratégias para o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD/SC.

Esta proposta fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos e tratamento adequado a reabilitação, respeitadas as diretrizes do Sistema

Único de Saúde, indicadas na Constituição Brasileira. (PORTARIA nº 98/91).

Em 1995 mudanças acentuadas começaram a acontecer na condução política do programa (PROSAD), procurando amenizar a verticalidade dele e trazendo claramente para o Plano Nacional (também incentivado pela Conferência do Cairo) as maiores preocupações, na época, que eram a saúde sexual, a gravidez “precoce”, a morbimortalidade por violência e a participação juvenil nas políticas públicas. A área responsável pela condução do PROSAD tornou-se Serviço de Assistência à Saúde de Adolescentes (SASAD) .

Em 1999, após a II Conferência Internacional de Ministros e Responsáveis pela Juventude, o Ministério da Saúde, dada a situação social e econômica do país que vulnerabilizava os jovens de 20 a 24 anos de idade, ampliou as ações da Política Nacional modificando, ainda, o nome da área técnica responsável de Área de Saúde do Adolescente para *Área de Saúde do Adolescente e do Jovem – ASAJ*. Com isso aumentou a faixa etária de atendimento para 24 anos, partindo do conceito da Organização Mundial da Saúde que entende os jovens como indivíduos de 15 a 24 anos de idade.

Essa nova área, então, tornou-se responsável pela articulação dos diversos projetos e programas do Ministério da Saúde que lidam com questões relativas à adolescência e juventude, em decorrência da percepção de que é necessária uma política nacional integrada de atenção específica aos indivíduos de 10 a 24 anos.

Hoje, a Política Nacional para adolescentes e jovens, é proposta, avaliada e acompanhada, dentro do Ministério da Saúde pela ASAJ, sendo que não existe mais o PROSAD e sim a Política Nacional para adolescentes e para jovens.

No município de Florianópolis temos hoje conhecidos dois (2) Centros de Referência em atendimento à saúde do adolescente:

- **Hospital Infantil Joana de Gusmão (Fundação Hospitalar de Santa Catarina – Secretaria Estadual da Saúde):** neste órgão funciona um ambulatório de adolescente, prestando assistência a adolescentes de 10 a 15 anos. O acompanhamento ambulatorial é realizado por uma médica especializada nesta área. Paralelamente existe no Hospital Infantil a Unidade de internação A, onde são internados os adolescentes que necessitam de tratamento intra-hospitalar. Esta Unidade tem como objetivo prestar assistência de enfermagem ao paciente na fase de adolescência e ao paciente particular e conveniado, na faixa etária de 0 a 15 anos incompletos. Estes recebem assistência de outros profissionais vinculados com o atendimento a adolescentes, visando não apenas a recuperação de sua saúde, como também uma maior harmonia dos aspectos biopsicossocial.
- **Centro de Referência em Saúde do Adolescente:** anteriormente denominado Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente, desenvolve suas atividades, oficialmente desde 1990. Porém, em função das normatizações do SUS, previstas na NOB – SUS 01/96¹² e na NOAS – SUS 01/02¹³, em agosto de 2002 o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente foi transformado num Centro de Referência para o atendimento de adolescentes. Partindo do

¹² Norma Operacional Básica (NOB) editada em 1993 e em 1996.

¹³ Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) editada em 2002. Essas normas têm a função de regulamentar os requisitos, as responsabilidades e as prerrogativas da Gestão Pública de Saúde.

pressuposto de que a prevenção é realizada pela rede básica do município, este programa passou a ter um caráter curativo, trabalhando com as situações de média complexidade.

No que diz respeito à organização de serviços de média complexidade, o Capítulo I item 1.4 da NOAS – SUS 01/02 diz que este serviço;

[...] compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

Esta mesma norma, em seu Capítulo II, item 36, determina que a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

Os profissionais do Centro de Referência atendem atualmente os adolescentes que estiverem vivenciando as seguintes situações problemas:

Violência doméstica, abuso sexual, envolvimento com drogas, alcoolismo, gravidez indesejada, negligência familiar, abandono escolar e repetência múltipla, complexos a partir de um desenvolvimento corporal não adequado, dificuldade em lidar com a sexualidade e identidade sexual, entre outros. (Florianópolis, 12/2001).

Desta forma, a prevenção primária deixou de ser feita, passando a ser atendido somente o adolescente que apresenta algum tipo de problema, o que será mais bem detalhado a seguir.

2.3 O Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Este programa tem como objetivo garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, com uma equipe especializada em adolescência, o que se expressa numa melhor resolutividade dos problemas demandados, assegurando ao adolescente um atendimento adequado às suas características. Conforme Almeida apud Dutra (1999, p.32)

“[...] o programa é um conjunto organizado e definido de elementos que irão assegurar a dinâmica da intervenção social. Assim, através desses elementos, o serviço social se torna efetivo”.

O Centro de Referência em Saúde do Adolescente está vinculado ao ASAJ, porém tem como prioridade atender adolescentes entre 10 e 19 anos de idade da grande Florianópolis.

Atualmente a equipe técnica é formada por:

- 02 assistentes sociais;
- 03 médicas, sendo 02 pediatras e 01 ginecologista;
- 02 enfermeiras;
- 02 pedagogos;
- 02 psicólogas;
- 01 funcionário administrativo.
- 04 estagiários de Fonaudiologia;
- 02 estagiários de Serviço Social;
- 03 estagiários de Psicologia.

Os profissionais que compõem o programa desenvolvem suas ações em conjunto, por meio de uma equipe interdisciplinar. A interdisciplinaridade perpassa todos os elementos do conhecimento, pressupondo a integração entre eles. Trabalhá-la não é apenas fazer parte de uma equipe composta por vários profissionais, mas estar sempre trocando informações sobre os conhecimentos individuais de cada profissional, isto é, estar sempre integrando idéias.

Para Vasconcelos (1985) o trabalho interdisciplinar engrandece à medida que se pode aprender tanto com o conhecimento como com a experiência do outro. Trabalhar interdisciplinaridade nada mais é do que “quebrar” as especialidades e as identidades profissionais, dando voz aos sujeitos dos serviços oferecidos, para que estes reafirmem a complexidade de suas realidades, suas demandas e suas avaliações sobre o acompanhamento.

De acordo com Severino (1989, p.49);

[...] a interdisciplinariedade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Por ser o Centro de Referência desenvolvido por uma equipe interdisciplinar especializada no atendimento do adolescente e de suas demandas e também porque este tem sido estendido à 18ª Região de Saúde¹⁴, foi

¹⁴ Conforme a NOAS – SUS 01/02 o Estado e seus municípios devem ser organizados em módulos e regiões de saúde, de acordo com os serviços que possuem vinculados ao SUS. Vários municípios se organizam em torno de um município-sede, configurando um Módulo Assistencial de saúde. Este deve oferecer assistência à saúde da população de todos os municípios que compõe nas atividades consideradas de pequena complexidade e alguns procedimentos de média complexidade, para garantir resolutividade nas ações básicas de saúde. O município sede é o que reúne as melhores condições para ofertar esses procedimentos, além de alguns outros requisitos como acesso e condição de gestão. Configura o primeiro nível de referência para os habitantes dos municípios que compõe um módulo. Vários módulos assistenciais de saúde se organizam para compor uma região ou macrorregião de saúde de maneira hierarquizada, visando garantir o acesso da população local a um número de procedimentos de assistência cada vez maior e mais complexo. No entanto, nem todas as regiões possuem serviços instalados, principalmente os mais

caracterizado como “primeiro nível de referência intermunicipal”. Devido aos problemas demandados pelos adolescentes, como: droga, álcool, tabaco, gravidez na adolescência, desistência escolar etc., explica-se a importância de um programa interdisciplinar voltado para estas questões.

Os adolescentes que participam do Centro de Referência também podem dispor de atendimento, no DAME, de profissionais como oftalmologia, nutricionista, ortopedista, endócrino, dermatologista, entre outros.

Várias organizações como: Conselhos Tutelares, Escolas, S.O.S. Criança, Casas Lares, Hospitais, Centros de Saúde, entre outros, têm o programa como referência para o encaminhamento de sua demanda, justamente pela singularidade do atendimento “interdisciplinar”.

O objetivo do Centro de Referência é desenvolver atividades ambulatoriais com adolescentes acometidos por problemas de ordem biopsicossocial que demandam um atendimento interdisciplinar especializado. Ainda assim, objetiva trabalhar os agravos à saúde, apresentados pelos adolescentes, sendo os agravos relativos à sexualidade, DST's/AIDS, saúde mental, saúde reprodutiva, crescimento e desenvolvimento, questões escolares, relacionamento familiar e social e aspectos psicológicos. Além disso, o Centro de Referência busca orientar adolescentes gestantes que apresentem dificuldades biopsicológicas na gestação

complexos. O Estado deve, então, identificar os municípios que possuem tais serviços e orientar o sistema para que estes sirvam de referência para a população de uma ou mais macrorregiões ou até para o Estado todo. Dessa forma, a assistência básica é de responsabilidade de todos os municípios. As ações e serviços de média complexidade são de responsabilidades dos módulos assistenciais e das regiões de saúde, sob a obrigação do estado. Fazem parte da 18ª Região de Saúde os municípios de Águas Mornas, Angelina, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São José, São Pedro de Alcântara.

e pós-parto e familiares e/ou responsáveis sobre os agravos vivenciados pelos adolescentes.

Os atendimentos são sistemáticos e de intercorrências, ou seja, o primeiro segue uma ordem de atendimento, o segundo ocorre quando os adolescentes são encaminhados a outros setores fora do atendimento do Centro de Referência. No atendimento sistemático, o primeiro atendimento é realizado pela assistente social, seguido pelo médico, enfermeira e, quando necessário, pelos pedagogos e psicólogos e pelas estagiárias de fonaudiologia, conforme fluxograma. (ANEXO 03).

Os atendimentos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente são realizados em consulta individual e em atividades de grupo.

No atendimento individual cada técnico da equipe atua na sua área específica, tendo como suporte todos os dados contidos no prontuário registrados através da metodologia SOAP (ANEXO 04) que é iniciado na primeira consulta.

Segundo Carreirão;

[...] Isto faz com que o trabalho em equipe se torne mais eficiente, pois cada técnico pode, na sua consulta, resgatar o que foi recomendado pelos demais, bem como promover um trabalho que dê continuidade ao atendimento que forneça mais subsídios ao que já está sendo feito. (CARREIRÃO, 2002, p.58)

É realizado também um atendimento individual com os pais ou responsáveis quando necessário, para discutir dúvidas na orientação ao adolescente.

Cabe ressaltar que as atividades de grupo realizadas no Centro de Referência são opcionais, porém todos os profissionais motivam os adolescentes a participarem. Neste programa são realizadas duas propostas de atividades com

grupos: uma delas é o Grupo Educativo e a outra o Grupo de Adolescente como Agentes Multiplicadores de Saúde.

A proposta dos Grupos Educativos é proporcionar aos adolescentes o poder da fala e a troca de vivências, o que enriquece consideravelmente o seu crescimento psicológico.

Os encontros dos Grupos Educativos acontecem no período matutino, e são divididos conforme faixa etária. Há grupos de adolescentes com idade entre 10 e 13 anos e 14 a 19 anos, porém pode ser variável conforme a maturidade do adolescente. Este tem duração de 03 a 06 meses, e tem, em média 12 a 15 participantes. O tempo de atividade é de 1 h e 30 minutos a 2 horas e com frequência quinzenal. O grupo de 10 a 13 anos é coordenado pela psicóloga e o de 14 a 19 anos pela enfermeira.

Os temas abordados nos encontros são relativos às áreas prioritárias da ASAJ (Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, elaborado em nível Nacional).

As principais temáticas são:

- Crescimento e desenvolvimento;
- Noções de anatomia e fisiologia feminina e masculina;
- Reprodução humana;
- Sexualidade;
- Anticoncepção;
- Gravidez-parto;
- Higiene corporal;
- Saúde bucal;
- Saúde mental;

- Prevenção do uso de fumo, álcool e drogas;
- Prevenção de DST e AIDS;
- Nutrição;
- Socialização entre outros.

O Grupo de Adolescentes como Agentes Multiplicadores de Saúde, foi realizado no período de 09 de abril de 2003 a 16 de julho de 2003 pela acadêmica durante o estágio curricular. A proposta do Grupo de Multiplicadores foi fornecer subsídios aos adolescentes, através de oficinas, preparando-os para serem agentes multiplicadores de saúde.

Os temas abordados nos encontros foram:

- Adolescência, crescimento e desenvolvimento, sexualidade e saúde reprodutiva;
- DST/AIDS em seu espaço de estudo, familiar, lazer e convívio grupal;
- Maternidade/paternidade precoce e as responsabilidades de suas ações;
- Auto-estima;
- Construção de projetos de vida;
- Relações sociais com a família e sociedade;
- Preconceito, condição econômica, política, drogas e violência.

Assim, a participação dos adolescentes como Multiplicadores de Saúde no seu convívio social é um meio efetivo de promover conhecimentos, detectar situações, discutir o processo de adolescência, favorecendo a autovalorização e de seu grupo.

As reuniões de grupo podem contar com a participação de todos os profissionais de acordo com o tema a ser discutido.

As atividades de grupo para os adolescentes são importantes, porque as questões, quando refletidas em conjunto, diminuem a sensação de solidão e permitem melhor entendimento, tanto do que está acontecendo dentro de cada um, como da própria realidade que o cerca. Isto gera a possibilidade de discutir, dentro do próprio grupo, sobre a melhor maneira de transformar esta realidade. (CARREIRÃO, 1998, p.24).

Cabe neste momento mencionar que durante seis anos funcionou na instituição o trabalho com grupos de pais, intitulado: Ciclo de Palestras Continuado. Este tinha por objetivo informar aos pais as transformações biopsicossociais na adolescência e orientá-los na maneira de lidar com o adolescente.

O grupo de pais era realizado através de palestras, oportunidade em que se convidavam pessoas para palestrar de acordo com o assunto discutido. Os temas principais eram o desenvolvimento físico e psicossocial na adolescência; educação sexual; gravidez na adolescência; DST e AIDS; o adolescente e a nutrição, a escola, a família, a liberdade, sexualidade, drogas e os distúrbios de comportamento na adolescência. Porém, o Grupo de Pais teve seu encerramento no ano de 1999, em função da reduzida demanda, pois os pais que participavam destes encontros também tinham seus filhos participando dos grupos educativos, e com o tempo o interesse por parte destes foi diminuindo. Assim, os responsáveis pela elaboração deste grupo decidiram desativá-lo por algum tempo, até que conseguissem reunir novos pais.

Os adolescentes que procuram o Centro de Referência vêm espontaneamente ou através de encaminhamentos feitos por instituições e serviços que prestam atendimento a adolescentes com idade entre 10 e 19 anos

(Escolas, Conselhos Tutelares, S.O.S Criança, Serviços de Saúde, Casas Lares, Hospitais, entre outros). Sempre que possível, o encaminhamento é feito juntamente com um relatório sobre o porquê da solicitação do atendimento.

No ano de 1998, a assistente social Elizabeth C. O. Carreirão elaborou uma monografia sobre o Perfil do Adolescente Usuário do Programa. Esta constatou que os adolescentes, na sua maioria, pertencem às classes populares de baixa renda e estudam em escolas públicas, tanto estaduais como municipais, sendo que, boa parte destes já reprovou o ano escolar pelo menos uma vez. Carreirão concluiu também, que o acesso do adolescente aos serviços de saúde da sua comunidade é deficitário, pois 40% das demandas que chegam ao Centro de Referência vêm à procura de atendimento médico.

Vale salientar que para a implantação de programas como este, se faz necessário um avanço das políticas sociais ligadas à adolescência, assim como um interesse maior na forma de compreender o jovem nesta etapa da vida.

O próximo capítulo mostrará o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos dos adolescentes neste programa.

3 O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

O momento em que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretiza-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários. (IAMAMOTO, 2001)

A inserção do Serviço Social na sociedade, a vinculação histórica com a assistência social, a relação orgânica com o Estado, a determinação institucional são resgatadas, apontando a possibilidade de uma prática profissional voltada para a compreensão do significado dos serviços sociais como expressão dos direitos essenciais à cidadania.

Neste terceiro capítulo objetiva-se apresentar as questões inerentes ao processo de trabalho do assistente social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, e como ocorreu o processo de efetivação dos direitos dos adolescentes através deste programa.

Apresentar-se-á a análise da pesquisa realizada nos prontuários e nas entrevistas com as assistentes sociais do Centro de Referência que para uma melhor visualização as denominaremos E e M.

3.1 O Processo de trabalho do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente

A globalização econômica impôs mudanças expressivas no mundo do trabalho, alterando os processos produtivos, a organização e as relações de trabalho. Essas mudanças significaram um aumento da exploração da força de trabalho e a conseqüente perda dos direitos, agravando ainda mais a questão social. Esse cenário exige o redimensionamento do pensar e do fazer profissional dos assistentes sociais que durante muito tempo estiveram vinculados a uma concepção que definia a natureza da profissão de maneira auto-explicativa, ou seja, a “partir do seu próprio interior” (SARMENTO, 2000), orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador.

A crítica às velhas concepções tradicionais e conservadoras levou o Serviço Social a construir e consolidar uma outra concepção que considera os elementos contextuais exteriores a sua prática profissional, buscando reconstruir as relações sociais mediante as ações que desenvolve. Isto implica “retraduzir os valores éticos-políticos, os modos de pensar e agir da população com a qual trabalha, contribuindo para a defesa intransigente dos direitos humanos, da justiça, da liberdade, da equidade e da democracia” (SARMENTO, 2000, p.99).

Segundo Iamamoto (1997 p. 05);

Os assistentes sociais são desafiados neste tempo de divisas, de gente cortada em suas possibilidades de trabalho e de obter meios de sobrevivência, ameaçada na própria vida. Tempos de crise, em que cresce o desemprego, o subemprego, a luta por meios para sobreviver no campo e na cidade. Tempos extremamente difíceis para todos aqueles que vivem do trabalho: para a defesa do trabalho e para a organização dos trabalhadores.

De acordo com a autora, nestes novos tempos verifica-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social, base sócio-histórica da requisição social da profissão, que “requer que se tenham os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar de sua recriação” (IAMAMOTO, 1997 p.07).

Trata-se, pois de um momento de mudanças, que requer não mais um profissional executor terminal de políticas sociais, mas um profissional qualificado na execução, gestão e formulação de políticas sociais públicas, com uma postura crítica e ao mesmo tempo criativa e propositiva, que possa responder com ações qualificadas, que detectem tendências e possibilidades impulsionadoras de novas ações, projetos e funções (SARMENTO, 2000).

Neste momento resgata-se a análise de Iamamoto (2001) quando aponta como um dos maiores desafios do assistente social na atualidade o de desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano.

Levando-se em conta que o exercício profissional do assistente social se dá principalmente no âmbito das relações entre Estado e a sociedade civil, exige-se que este profissional vá além das rotinas institucionais, buscando a partir da realidade de seus usuários, detectar tendências e possibilidades de serviços sociais que atendam as necessidades dos mesmos (IAMAMOTO, 2001).

Sarmiento (2000 p.107) analisa a seguinte questão dizendo que;

Para o exercício desse papel, é imprescindível a qualificação do atendimento profissional e dos serviços prestados, condição necessária para a garantia dos direitos sociais, referência e ponto de partida de ações institucionais comprometidas.

O autor expõe ainda que, para tanto, a informação clara e precisa de recursos, serviços e direitos é fundamental, papel para o qual o assistente social tem se preparado significativamente nos últimos anos, consolidado pela postura explicitada pela Lei 8.662 de 07/06/1993 que regulamenta a profissão e pelo Código de Ética dos Profissionais de Serviço Social de 1993.

Com relação ao exercício profissional na área da saúde, embora já houvesse desde 06 de junho de 1990 um parecer do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Nacional dos Assistentes Sociais – ANAS e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social – ABESS, acerca do reconhecimento do assistente social como profissional na área da saúde. Foi na data de 08 de outubro de 1998 que através da Resolução CNS nº 287 que o Conselho Nacional de Saúde, reconhece juntamente com outras categorias, o assistente social como profissional de saúde de nível superior. Diz a resolução;

- o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção.

RESOLVE:

Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física
4. Outros...

(CNS, 1998)

O assistente social, como profissional da área da saúde, tem competência teórica e técnica para intervir junto aos fenômenos sócios - culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde. (RESOLUÇÃO, CNS nº38, de 04/02/1993)

Dentro desta perspectiva, um dos aspectos fundamentais a ser considerado em relação à interface Serviço Social e a saúde, refere-se à semelhança dos princípios e diretrizes ético-políticas entre o Sistema Único de Saúde e o projeto ético-político da categoria profissional, quando ambos têm como horizonte à universalização dos direitos sociais através da democratização das ações e serviços.

Sobre o trabalho do Serviço Social no Centro de Referência, é válido resgatar a análise de Dutra (1999, p.55) quando expõe que a atuação do assistente social se faz no sentido de oferecer ao adolescente a oportunidade de expor e refletir sobre seus problemas e, a partir disso, abrir espaço para questionamentos que possibilitem detectar se há relação dos problemas apresentados com a convivência familiar, visando, dentro deste contexto, intervir de uma forma que venha a contribuir no resgate à convivência familiar, escolar, social desse jovem.

As ações profissionais desenvolvidas pelo assistente social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente voltam-se para:

- Atendimento individualizado com o adolescente e com os pais;
- Interpretação dos objetivos e normas do Centro de Referência, bem como informar detalhadamente sobre as atividades desenvolvidas, sugerindo ao adolescente sua inserção nessas atividades;
- Preenchimento do prontuário sócio-econômico da situação familiar do adolescente, identificando dificuldades nessa área e promover o acompanhamento, se necessário;
- Reflexão e repasse de informações sobre os problemas trazidos pelo adolescente;

- Orientação aos adolescentes sobre o acesso a direitos sociais como a viabilização de acesso à saúde e sobre seus direitos e deveres postos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e, promoção de encaminhamentos a outros setores da sociedade civil, com vistas ao ingresso ao mercado de trabalho;
- Realização de contato com o Conselho Tutelar para desenvolver um trabalho conjunto, em caso de violência e/ou abuso sexual contra o adolescente;
- Promoção de contato com os pais e/ou responsáveis para orientação a respeito de assuntos que envolvam o adolescente (sexualidade, drogas, cidadania, etc);
- Encaminhamento dos pais para tratamentos relacionados à dependência química e problemas de origem psicológica;
- Esclarecimento e orientação sobre as garantias relativas aos casos de separação conjugal para mães que sofrem ameaças, assim como encaminhamentos para órgãos comprometidos e a viabilização de acesso à ajuda mútua aos adolescentes;
- Reflexões e orientações sobre os projetos de vida da adolescente gestante, após o nascimento do bebê, assim como seus direitos civis (registro do bebê) e de cidadania;
- Formação e acompanhamento de grupos de adolescentes;
- Formação e acompanhamento de grupos de pais.

Oliveira (1988) fala que quando se pretende analisar uma realidade social concreta, faz-se importante lançar mão de certos instrumentos que permitem compreender melhor as vinculações desta realidade.

Para a autora;

Esses instrumentos podem ser representados por categorias que vão explicar na sua totalidade aquilo que se pretende investigar. Estas seriam como cunhas que permitem penetrar a realidade e construir a explicação. Neste sentido as categorias “são conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações. [...] as categorias possuem simultaneamente a função de intérpretes do real e a função de indicadores de uma estratégia política”. (OLIVEIRA, 1988, p.79).

Os instrumentos utilizados pelo assistente social no Centro de Referência para o exercício de sua prática profissional são:

Técnicos operativos:

- Entrevistas com os adolescentes e com os pais;
- Elaboração de relatórios;
- Estudo de caso;
- Observação;
- Trabalho com Grupos Educativos;
- Recursos audiovisuais (cartazes-forders)
- Disponibilidade de material didático;
- Mobilização de recursos comunitários para encaminhamentos.

Teórico Metodológico:

- Plano de ação do Serviço Social;
- Estudo da Constituição Federal do Brasil;
- Estudo da LOS (Lei Orgânica da Saúde);
- Estudo do Estatuto da Criança e do Adolescente;

- Conhecimento de políticas sociais ligadas à saúde, educação e família;
- Código de Ética;
- Apropriação de conhecimentos ligados à cidadania, democracia, direitos sociais, gravidez precoce, mundo do trabalho, conflitos familiares, exclusão/inclusão;
- Avaliação da prática profissional.

Segundo Iamamoto (1997, p.15), “qualquer processo de trabalho implica em matéria-prima ou em objeto sobre o qual incide a ação do sujeito, ou seja, o próprio trabalho que requer meios e instrumentos para que possa ser efetivado”. Em outros termos, todo processo de trabalho implica em uma matéria prima e instrumentos que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto e a própria atividade, isso pressupõe um trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto (IAMAMOTO, 1997).

Dessa forma, o produto da intervenção do Serviço Social no Centro de Referência sistematiza-se da seguinte maneira:

- Trabalho de ordem sócio familiar com os adolescentes acompanhados pelos pais, por meio de orientações, buscando-se através da reflexão em conjunto, proporcionar o resgate familiar do adolescente;
- Encaminhamentos e tratamento prestados pela instituição, tais como médico, pedagogos, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros;
- Trabalhos com grupos de adolescentes, através de ações educativas – palestras com temas ligados à adolescência;
- Atendimento a adolescentes gestantes, sendo estas acompanhadas pelos recursos ginecológicos, através do pré-natal;

- Ingresso do adolescente no mercado de trabalho, através de órgãos governamentais e extra-institucionais;
- Acompanhamento psicológico e pedagógico.

Dentro deste contexto, cabe ao assistente social, conhecer melhor o meio em que atua, rompendo com as atividades burocráticas e rotineiras. Ou seja, deve agir como um sujeito profissional que possibilite articular a sua competência técnica com autonomia, para desenvolver suas atividades numa perspectiva crítica transformadora.

Elege-se como aspecto fundamental no exercício profissional, ter conhecimento da legislação vigente no setor atuante e a capacidade de trabalho para ingressar na luta em defesa dos direitos da cidadania.

O assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários contribuir para o acesso à saúde como direito social. Para tanto, cabe ao assistente social “captar o que há de social relacionando a questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, mínimos para a sobrevivência” (VASCONCELOS, 2002 p.450).

3.2 O Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente – uma história de luta e conquistas

A prática profissional do Serviço Social, voltada para a mobilização em torno de recursos para atender determinadas carências, fundamenta-se

principalmente na capacidade dos profissionais de articular ações que garantam o acesso do seu público alvo aos serviços sociais da entidade na qual estão inseridos.

Partindo deste pressuposto, foi iniciado um processo de luta dos profissionais do Programa do Adolescente, destacando o Serviço Social, pois como já foi citado anteriormente no item 2.2, este programa se transformou num Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Porém, essa mudança não ocorreu de maneira tranqüila.

Em entrevista realizada com a assistente social deste programa, aqui denominada E, a mesma relatou que desde 1999, existiam ameaças veladas e explícitas de que o programa iria acabar e/ou seria municipalizado. No mês de novembro deste mesmo ano foram veiculadas na mídia notas nos quais se dizia que o programa seria gerenciado pela prefeitura. De acordo com reportagem “*o programa do adolescente é considerado atendimento básico pelo Sistema Único de Saúde e compete ao município executá-lo*”. (Fonte: Diário Catarinense, 11/novembro/1999). (ANEXO 05)

No entanto, a equipe do Programa do Adolescente entendia que se o mesmo pertencesse à prefeitura, passaria a atender apenas os adolescentes residentes no município de Florianópolis excluindo assim todos os outros pertencentes à 18ª Região de Saúde. O programa sendo considerado uma referência para atendimento integral à saúde do adolescente residente na 18ª Região e sendo o único, ao limitar o atendimento, iria contra os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente que em seu Art.04º determina que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, (à criança e ao adolescente) a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à

educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

- Parágrafo único – A garantia de prioridade compreende:

- Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e a juventude.

Com relação à saúde o Artigo 11 assegura “atendimento médico (...) através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde”.

De acordo com a assistente social, os profissionais do programa, em virtude dos fatos apresentados, solicitaram que fosse realizada uma reunião com representantes da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a fim de esclarecer alguns pontos sobre a possível municipalização.

A reunião ocorreu na data de 12 de novembro de 1999, conforme Ata do Centro de Referência (ANEXO 06). Nesta reunião, os técnicos do programa apresentaram suas posições sobre a importância de manter a unidade do programa e, questionaram se a Prefeitura teria condições de oferecer um local centralizado para receber a equipe interdisciplinar bem como atender os adolescentes da 18ª região, os já inscritos e os novos que porventura desejassem participar.

E relatou que os representantes da Prefeitura informaram que o município recebe por cidadão e se os procedimentos realizados pelo programa do

adolescente, no DAME, são considerados de atenção básica (PAB)¹⁵, o Estado não irá receber o pagamento pelo trabalho, uma vez que o Ministério da Saúde “desconhece” os procedimentos realizados em termos de informação e de registros oficiais. Dessa forma, a competência seria do município.

No decorrer da reunião, conforme a assistente social, foi sugerido um encontro com o Secretário da Saúde do Município, porém a equipe da prefeitura assegurou que esta idéia seria inviável uma vez que o Secretário “não tem tempo para este tipo de encontro”.

Um dos representantes da prefeitura também ressaltou que o município não tinha nada concluído com relação a receber o programa do adolescente, e que seria interessante que a equipe do programa fizesse uma visita à rede municipal de saúde para depois sugerirem propostas.

E relatou que enviou um ofício à Brasília explicando que o programa estava para ser municipalizado e que gostaria de orientações. O ofício foi entregue “em mãos” à assessora do Coordenador Nacional do PROSAD. Esta comunicou que o mesmo estava fora do país, porém, não poderia dar o tratamento rápido ao programa, pois têm limitações de atuação. O estado e o município deveriam resolver esta questão, a exemplo do que vinha acontecendo em outros locais.

Esse problema estava ocorrendo, de acordo com a assistente social, devido à falta de normatização do SUS com relação ao Programa do Adolescente;

¹⁵ A atenção básica é um conjunto de ações mais simples, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação. Dentre essas ações incluem-se: assistência ao parto domiciliar; assistência pré-natal; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos realizados por profissionais de nível superior, médio ou pelos agentes comunitários de saúde; atividades educativas; consultas médicas em especialidades básicas; orientação nutricional, alimentar, ambulatorial e comunitária; pequenas cirurgias; planejamento familiar; pronto-atendimento; vacinação; atendimento ambulatorial e domiciliar realizados pela equipe do Programa Saúde da Família. As ações de atenção básica baseiam-se ainda em estratégias mínimas de controle da tuberculose.

O Ministério da Saúde no decorrer da implantação do SUS, não estabeleceu os regulamentos do Programa no contexto da assistência à saúde, não definindo a sua inserção em atividades ambulatoriais básicas ou especializadas do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS). Também não delimitou a atuação com os requisitos primordiais para seu funcionamento por Estados e Municípios, e as condições para assegurar seu financiamento, a exemplo de outros programas incluídos na parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB) ou Média e Alta Complexidade. Por essa indefinição, o Programa não foi incluído no sistema de referência e contra referência. (CARREIRÃO, 2002, p.61)

Neste momento cabe uma indagação, após quase 10 anos de existência do PROSAD e da criação do SUS ainda não havia normatizações específicas a respeito do Programa do Adolescente? De acordo com o Estatuto, crianças e adolescentes são consideradas *prioridade absoluta*, prevista também na Constituição Federal em seu Art. 227. Significando desta forma, que o poder público deva dar “destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção da infância e à juventude”, através de programas e serviços e conseqüentemente normas específicas a isso.

Para justificar a importância de um programa como este na área da saúde, resgata-se o conceito de Saúde estabelecido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde;

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade¹⁶.

Em vista dos acontecimentos, foi entregue também um ofício ao Coordenador do Centro das Promotorias da Infância de Florianópolis, relatando o que estava ocorrendo no programa e a posição da coordenação em Brasília. O

¹⁶ Dados retirados do Artigo: CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENCIA SOCIAL. **Intervenção Profissional do assistente Social no Campo da Saúde**, 1990.

Promotor da Infância explicou que este programa não poderia acabar sem que houvesse uma estrutura já montada para receber os adolescentes de outros municípios (18ª Região) que seriam excluídos e, que baseado no que a lei faculta iria tomar providências.

E relatou que após entrega dos ofícios e também da visita realizada à rede municipal de saúde, a equipe do Programa do Adolescente se reuniu na data de 01 de dezembro de 1999 (conforme Ata em ANEXO 07). Nesta foi sugerido que se elaborasse um documento em que o Programa do Adolescente de atendimento básico (preventivo) se transformaria em referência secundária, ou seja, apenas atenderia adolescentes com situações problemas, porém, ao incluir dentre as situações problemas, “adolescente com maior dificuldade em vivenciar a fase, apresentando reflexos em seu relacionamento social”, abriu a possibilidade de continuar fazendo a prevenção. Dessa maneira, em agosto de 2002 o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente foi transformado em um Centro de Referência para atendimento à saúde do adolescente, com atendimento caracterizado de atenção secundária, podendo continuar sob a responsabilidade do Estado.

De acordo com Bravo (1996, p.16), surge no interior do movimento do Serviço Social um grupo que de forma mais conseqüente, procura trabalhar as contradições do espaço institucional no sentido de mediar, através de sua prática, os conflitos entre os interesses da população atendida *versus* objetivos institucionais, fortalecendo os primeiros.

Dentro deste contexto, é válido resgatar a visão de E que considera o assistente social “*um profissional que auxilia o usuário a ver o seu direito e a*

brigar por ele". Para ela "o assistente social é o profissional que auxilia o usuário a se emancipar".

E expõe ainda que "o Estado nesse caso está sendo ineficiente" e dessa maneira o assistente social deve se tornar, "um elemento na efetivação do direito do usuário, de informar seu direito, de ajudá-lo a conseguir aquilo que ele precisa"

Conforme Costa (2000, p.60), as mudanças operacionalizadas no SUS têm apresentado novas requisições para o trabalho dos profissionais de saúde, particularmente do assistente social. Além das tradicionais requisições, no contexto de implantação do SUS vem demandando que o profissional de serviço social;

- Tenha capacidade e a habilidade para explicar as mudanças propostas e as em curso pelo SUS;
- Conheça a realidade econômica, social, cultural e, sobretudo, o nível de organização política dos usuários da localidade e área em que trabalha;
- Domine conhecimentos e técnicas para assessorar e mesmo desencadear processo de mobilização, em que, mais que interpretar as mudanças em curso, requer o trabalho de convencer a população a acreditar e a se engajar no referido processo.

Cabe ao assistente social colocar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano do usuário e por ser mediador entre estes e a instituição. (DAL PRA, 2003). O assistente social tem como dever ético e político defender que suas demandas sejam atendidas pelo sistema e, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias.

3.3 A efetivação dos direitos

A Constituição Federal de 1988 situa as políticas sociais como instrumentos de garantia dos direitos sociais. O Art. 227 desta Constituição deu origem ao Estatuto da Criança e do Adolescente, conforme já explicitado no item 1.1.

O Estatuto é uma lei federal que dispõe sobre os direitos de todas as crianças e adolescentes no Brasil, não somente aquelas desamparadas, mas a todos os meninos e meninas, enquanto sujeitos de direitos fundamentais e de garantia da prioridade absoluta em sua defesa.

Dentro desta perspectiva, os profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, destacando o Serviço Social, se questionavam sobre como fazer com que efetivamente os jovens que ali freqüentavam tivessem os seus direitos garantidos. Em entrevista com a assistente social E, a mesma relatou que *“recebia diariamente adolescentes que vinham com queixas de não conseguir marcar exames, consultas médicas e cirurgia...”*.

O Estatuto prevê a proteção e a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, através de uma linha de promoção dos direitos (Artigo 07), uma linha de efetivação de políticas públicas estatais e comunitárias (Artigo 86) e, em defesa de direitos através de instituições de medidas de proteção (Artigos 98 e 102)¹⁷.

E relatou que juntamente com a assistente social M., começou a questionar sobre como fazer para *“agilizar o atendimento médico e fazer com que o direito do*

¹⁷ Disponível em : www.rolim.com.br/Sinara03.htm. Acesso em: 17/12/2003 às 15:35h

adolescente que freqüentava o programa fosse cumprido realmente de fato e, não apenas no papel”.

O Estatuto em seu artigo 87 define as linhas de ação da política de atendimento da infância e adolescência, as quais podem ser resumidas a quatro:

- Básicas, que são aquelas destinadas a todas as crianças e adolescentes como de saúde, educação, etc;
- Assistenciais, que tem como público alvo os que dela necessitam;
- Proteção integral, aquelas que se destinam a vítimas de ameaça ou violação de direitos;
- Políticas de garantia de direitos englobam os Conselhos Tutelares, a ação do Ministério Público e da Defensoria Pública.

As assistentes sociais do Programa do Adolescente procuraram o Centro das Promotorias da Infância de Florianópolis, com o intuito de obter esclarecimentos sobre as ações que deveriam tomar para que o atendimento integral a saúde do adolescente realmente fosse efetivado.

E e M foram atendidas pelo Coordenador do Centro das Promotorias da Infância, na época, o Dr. Gercino Gerson Gomes Neto, que as orientou a respeito dos meios legais com os quais é possível fazer com que o Estado cumpra a Lei.

O Art. 208 do Estatuto dispõe sobre as ações de responsabilidades por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não oferecimento ou oferta irregular, como apresentado no Item VII deste artigo, das ações e serviços de saúde.

Dessa forma, conforme o Promotor, cabe uma ação contra o Estado, através de representações, devido a sua omissão.

Os artigos que devem compor a representação são:

- Artigo 04 – É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação...;
- Artigo 07 – A criança e o adolescente têm direito à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas...;
- Artigo 11 – É assegurado atendimento médico a todas as crianças e adolescente, através do Sistema Único de Saúde,...;
- Artigo 98 – As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados: I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado...;

Conforme E, este último artigo abriu um caminho para ela como “*assistente social, orientar os adolescentes a entrar com uma representação junto ao Ministério Público, devido à omissão do Estado*”.

As assistentes sociais, após contato com o Promotor da Infância, se reuniram com os demais profissionais do Programa do Adolescente e relataram as orientações que obtiveram.

Constata-se que a discussão e a inclusão destes fatores no planejamento e no cotidiano da equipe de saúde do programa contribui para o desenvolvimento de ações na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. Segundo Couto (1999), o assistente social é um profissional que reconhece a prática do trabalho interdisciplinar o que favorece o estabelecimento de alianças com outros profissionais e com outras entidades, objetivando a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos limites impostos hoje na política de saúde.

De acordo com E, nos dias em que havia os Grupos Educativos, reuniam-se os pais dos adolescentes e explicava-se o que era o Estatuto, os direitos e deveres ali postos, como também sobre a possibilidade de fazer as representações no caso de ele não estar sendo cumprido.

O desenvolvimento de ações de educação e informação em saúde, por parte dos profissionais do Serviço Social, proporciona aos usuários um espaço que contém informações da unidade, informações referentes aos direitos sociais e ao direito à saúde.

Foi a partir destas reuniões que o Serviço Social do Centro de Referência começou a encaminhar os adolescentes para a justiça, quando estes tinham os seus direitos ao atendimento de saúde negado. Os encaminhamentos foram feitos em forma de representações ao Juizado da Infância e Juventude (ANEXO 08). Porém, E ressalta que as representações somente devem ser feitas *“quando se esgotam todas as possibilidades”*, ou seja, *“após entrar em contato com o órgão que presta o serviço solicitado na tentativa de marcar o atendimento e, estes fornecem uma resposta negativa ou comunicam que o adolescente deverá ir para uma lista de espera por mais ou menos um ano”*. Para M *“a representação deve ser o último recurso, após esgotar-se todas as possibilidades para se conseguir o atendimento solicitado”*.

Entre 1999 e 2003 foram encaminhados para o Ministério Público, dezesseis (16) representações individuais e uma (01) coletiva (17 adolescentes). Isso corresponde a 1,3% dos adolescentes que se inscreveram no programa neste período, sendo que em média foram atendidos pelo Serviço Social 1300 novos adolescentes entre 1999 e 2003. Para uma melhor visualização, estes dados serão apresentados em forma de tabela.

Tabela 1: Número e porcentagem de representações feitas pelos adolescentes, por município, Florianópolis, 2003.

Município	Nº de Representações	%
Florianópolis	07	41,2%
São José	04	23,5%
Palhoça	06	35,3%
Total	17	100%

Tabela 2: Número e porcentagem de motivos pelos quais foram feitas representações, Florianópolis, 2003.

Motivos	Nº	%
Exames médicos	04	23,5%
Especialidades médicas	04	23,5%
Cirurgia	06	35,3%
Especialidade médica e Cirurgia	01	5,9%
Medicamentos	02	11,8%
Total	17	100%

Os exames médicos solicitados nas representações correspondem a eletrocardiograma, ecocardiograma, ultra-sonografia, ressonância magnética, nesofibroscopia e exame com Holter. As especialidades médicas solicitadas são oftalmologia, psiquiatria, genética e otorrinolaringologista. As cirurgias médicas são otológicas, adenóides e garganta. A especialidade médica com indicação para cirurgia é para otorrinolaringologista.

Das dezesseis (16) representações, obteve-se resposta de dez (10) adolescentes os quais informaram que conseguiram o atendimento solicitado sete

(07) dias após entrarem com a representação. Os demais adolescentes, como já explicitado na introdução, não possuíam telefone e/ou o número estava errado. Procurou-se os Juizados da Infância dos municípios nos quais os adolescentes residiam, nestes informaram que as representações “correm em segredo de justiça” e não haveria acesso a qualquer tipo de informação sobre as mesmas.

M ressaltou que *“além de fazer as representações”, orientou “muitos profissionais de outras áreas sobre como fazê-las”*. Acredita que o papel do Serviço Social *“é orientar seus usuários das possibilidades que podem ter para conseguir que seus direitos sejam efetivados”*. Segundo a assistente social seu papel é *“orientar as pessoas para que elas entendem que como cidadão tem direitos e devem lutar por eles”*.

Estes dados mostram que colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los, tanto em sua normatividade legal, quanto traduzí-lo praticamente, viabilizando a sua efetivação social. (IAMAMOTO, 2002, p.78).

Assumir a defesa intransigente dos direitos humanos traz, como contrapartida, a recusa a todas as formas de autoritarismo e arbítrio. Requer uma condução democrática do trabalho do Serviço Social, reforçando a democracia na vida social. De acordo com Iamamoto (2002, p.78) *“afirmar o compromisso com a cidadania exige a defesa dos direitos sociais tanto em sua expressão legal, preservando e ampliando conquistas da coletividade, já legalizadas, quanto em sua realidade efetiva”*.

Para a autora, na esfera pública o trabalho do assistente social se insere, também *“no campo da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania”* (IAMOMOTO, 2002, p.24).

Para M, *“se o Estado não está cumprindo a Lei e o usuário é informado a respeito de seus direitos e começa a brigar na justiça por eles, o Estado é obrigado a mudar”*. Acredita que *“o estado não muda, porque as pessoas não reclamam, simplesmente porque não conhecem os seus direitos, assim, não cobram um devido atendimento”*.

Dentro desta perspectiva, E expõe que *“o caminho normal seria o adolescente já conseguir o atendimento, sem precisar entrar com a representação, sem precisar ir contra o Estado”*. Diz que seu *“papel é informar, auxiliar e estar a serviço do usuário e não do Estado”*

Conforme, Silva (2000, p.114) os usuários do Serviço Social em geral, não têm acesso ou domínio do conhecimento sobre seus direitos (civis, políticos e sociais), a lógica a partir da qual esses se estruturam e os meios de exercê-los. O resultado é que não acessam, nem usufruem desses direitos. É a não-efetivação desses direitos como instrumentos de participação política nas decisões sobre a vida do país e usufruto dos bens e serviços produzidos socialmente, ou seja, é o não-exercício da cidadania.

E conclui que *“o ideal seria a pessoa não precisar brigar na justiça por seus direitos, já que a Lei a contempla, porém não é o que a realidade nos apresenta”*. M coloca que *“já que o SUS prevê a universalidade e o acesso integral a saúde, as pessoas deveriam realmente ter acesso a elas e não precisar brigar na justiça para que se efetivem”*.

O assistente social norteia suas ações de educação e informação em saúde para a perspectiva do direito positivo, ou seja, na garantia do acesso e domínio do conhecimento e do exercício dos usuários de seus direitos tanto civis, políticos e sociais.

O Serviço Social ao socializar as informações que subsidiem a formulação e a gestão de políticas e o acesso a direitos sociais, fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, na direção e ampliação dos direitos e efetivação da cidadania. Dessa forma, define-se como um processo democrático e político pelo qual procura-se tornar transparente para os usuários, o real significado das políticas sociais, a lógica a partir da qual se originam e se estruturam na sociedade, bem como os meios de acessá-las. É, portanto, uma informação de qualidade superior que se diferencia da simples orientação sobre legislação e atos normativos. (SILVA, 2000, p.114).

Sobre esta questão Iamamoto (2002, p. 69) expõe que;

Os profissionais do Serviço Social contribuem ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao interferirem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso à informação a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade.

É impossível atualmente, trabalhar na ótica dos direitos sem conhecê-los, é impossível pensar na sua ampliação se não estiver atento às dificuldades de sua implementação.

A Constituição de 1988 e as leis que regulamentam os direitos nela assegurados, como o Estatuto e a LOS, foram pensadas na perspectiva da descentralização, na partilha de poder, responsabilidade do Estado brasileiro, nas diferentes esferas face às necessidades sociais e à garantia de direitos sociais à população. (COUTO, 1999, p.207). Porém, o país caminha em uma direção contrária à proteção social como dever do Estado e direito de todos. O Estado busca desresponsabilizar-se, na lógica do Estado mínimo, em relação às políticas sociais.

O maior desafio do assistente social é trabalhar na perspectiva da formulação de redes de serviços, na explicitação de programas onde o partilhar de poder e a responsabilidade do setor público diante dos recursos e programas estejam colocados como características centrais do trabalho.

É importante que se enfrente o desafio de ver corporificada na própria ação profissional, a pressão contra o Estado que se nega diante das demandas dos usuários e, um poder público que se constrói com a presença dos cidadãos na efetivação dos direitos.

Conclui-se, resgatando o pensamento de Couto (1999) quando expõe que cabe ao assistente social dar visibilidade ao seu Código de Ética e à Lei de Regulamentação da Profissão, ou seja, trabalhar na perspectiva da construção de um mundo solidário e na inclusão das demandas dos usuários dos serviços sociais como um direito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações expostas a seguir foram elaboradas com o objetivo de apresentar elementos que possam contribuir para elucidar as interrogações apontadas na parte introdutória desse trabalho, os objetivos propostos e os resultados alcançados.

Muitos desafios colocam-se atualmente ao Serviço Social, visto que as profundas transformações ocorridas no mundo do trabalho exigem, teoricamente, novas configurações, apresentando-se cada vez mais um processo de aceleração e modificações, alterando o fazer profissional e exigindo novas respostas profissionais.

Estas mudanças se realizaram não apenas pela vontade política dos profissionais, mas também foram geradas por um contexto social, político e econômico que buscava a democratização da sociedade brasileira, a descentralização do Estado e a participação social de novos sujeitos e movimentos sociais em direção à construção de políticas públicas. (SARMENTO, 2000, p.118)

Pode-se dizer que a promulgação da Constituição Federal em 1988 coloca no cenário social a questão dos direitos e políticas públicas para os jovens. Instaurando um novo ordenamento constitucional através de uma consciência de direitos e cidadania. Mais tarde, com o surgimento dos ordenamentos jurídicos reguladores no caso a Lei 8.069/90 criando o Estatuto da Criança e do Adolescente, e a Lei 8.080/90 que instaura o SUS, trouxeram um novo ingrediente

para a garantia dos direitos e deveres: o conceito de cidadania. Porém, como visto no decorrer deste trabalho, esta garantia acabou tornando-se mais teórica do que prática, já que os direitos não estão sendo contemplados como determina a Lei.

✓A opinião de Iamamoto (1994), ainda reflete a atualidade, quando expõe que o desafio do Serviço Social é re-descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional. Traçando horizontes para a formulação de propostas que façam frente à questão social e que sejam solidárias com o modo de vida daqueles que a vivenciam, não como vítimas, mas como sujeitos que lutam pela preservação e conquista da sua vida.

✓Na saúde, o trabalho do assistente social, conforme Costa (2000) cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo perdido pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais.✓

O assistente social é um profissional capaz de realizar a articulação política de saúde com as demais políticas setoriais, tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento de ações comprometidas com a garantia dos direitos sociais e dos direitos à saúde e mediadas pelas necessidades dos usuários.

Este trabalho ofereceu a oportunidade de tecer algumas reflexões sobre o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos, demonstrando a importância e a necessidade desta ação aos usuários do Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Segundo Iamamoto (1997) na medida em que os direitos se efetivam, alteram o modo como as relações entre os indivíduos se estruturam, contribuindo na criação de novas formas de sociabilidade, em que o outro passa a ser

reconhecido como sujeito de valores, de interesses, de autonomia e de demandas legítimas.

O Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente teve um papel importante na efetivação dos direitos dos jovens que o freqüentam, na medida em que revela autonomia nas suas ações profissionais, nos meios de trabalho e na finalidade de seu fazer profissional como um todo, buscando cada vez mais a realização dos direitos, conforme previsto nos meios legais, e superando a visão minimizadora do Estado na ampliação desses, constituindo-se, dessa forma, “um instrumento de viabilização de direitos, um meio de realização do compromisso profissional com os usuários, tendo em vista a equidade, a igualdade, a justiça social e a cidadania”.(SILVA, 2000, p.116). /

Portanto, acredita-se que o trabalho do Serviço Social junto a este contexto é imprescindível, visto que a prática do assistente social deve levar em conta a realidade do usuário, fazendo com que este busque sua autonomia dentro da sociedade.

Conclui-se, dessa forma, que o Serviço Social deve procurar garantir e ampliar os direitos sociais, a todos os níveis e em todas as ocasiões. Intervindo, conscientizando, assistindo, promovendo, capacitando e defendendo seus usuários, na inovação e participação nas políticas sociais em busca da consolidação da democracia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, Pêrsio Henrique. **Constituinte e constituição**: participação popular e eficácia constitucional (1987 – 1997). Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas – Especialidade Direito). UFSC. Florianópolis, 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da república federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Edição Administrativa atualizada em maio de 1999. (Contém as Emendas Constitucionais nº 1 a 22).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS** n.287/98.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS** n. 38/93.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Florianópolis/ SC, 1994. 120 p.

BRASIL, Presidência da República, Governo Fernando Henrique Cardoso. 1996. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília: Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza. **O serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira **O perfil do adolescente usuário do programa de atenção integral à saúde do adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Metodologias de Atendimento à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco). UDESC. Florianópolis, 1998.

_____. **O adolescente e o atendimento público de saúde**: as mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). UFSC. Florianópolis, 2002.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. O protagonismo do movimento social de luta pela criança. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 41. São Paulo: Cortez, 1993.

COHN, Amélia; NUNES, Edson; JACOBI, Pedro; KARSCH, Úrsula S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONSELHO FEDERAL DA ASSISTENCIA SOCIAL. **Intervenção profissional do assistente social no campo as saúde**. 1990.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 62. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTO, Berenice Rojas. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. **Capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea e questão social**. Brasília: UNB, módulo 02, 1999.

DAL PRÁ, Keli Regina. **As ações profissionais do serviço social no centro de saúde do Saco Grande e a consolidação do sistema único de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC, Florianópolis, 2003.

DUTRA, Márcia Aparecida. **Conflitos familiares como fator agravante para as dificuldades no aproveitamento escolar: um estudo com os adolescentes atendidos no Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC, Florianópolis, 1999.

ESCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. FLEURY, S.M.T. (Org). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

FIRMO, Maria de Fátima Carrada. **A criança e o adolescente no ordenamento jurídico brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

FORUM DCA. **Cartas de Princípios Norteadores**, 1989.

FREITAS, Antonio Rodrigues de. **Os direitos sociais e a Constituição de 1988: crise econômica e políticas de bem-estar**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

GUEIROS, Maria José Galvão. **Serviço Social e cidadania**. Rio de Janeiro: Agir, 1991.

IAMAMOTTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza: CRESS/SC, 1997.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

_____. **Trabalho e indivíduo social.** São Paulo: Cortez, 2001.

JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas sociais: demandas por saneamento básico de saúde.** 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1983.

LAURELL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LIMA, Antônio Jesuíta de. A constituição dos direitos do homem e sua dimensão simbólica: uma análise lefortiana. **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, 1997.

MELO, Maria Tais de. **Um estudo sobre a gravidez na adolescência no Hospital Regional de São José – Homero de Miranda Gomes – SC.** 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - UFSC, Florianópolis: 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS nº980/GM de 21/12/1989.** Dispõe sobre o Programa Saúde do Adolescente - PROSAD.

MINISTERIO DA SAÚDE. Programa Saúde dos Adolescentes – Bases Programáticas. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil.** Brasília, novembro de 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa do Adolescente - Marco Conceitual do Cuidado à Saúde. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil,** Brasília, 1990.

MIOTO, Regina C. **Maternidade na adolescência, famílias e políticas públicas: o retrato do Estado mínimo.** Florianópolis, 2000.

NAÇÕES UNIDAS. **Documento A/CONF CAIRO.** 171/L.1, 1994.

OLIVEIRA, Raimunda N. da Cruz. A mediação na prática profissional do assistente social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 26. São Paulo: Cortez, 1988.

PEREIRA, Alessandra. Atendimento ao adolescente será alterado. **Jornal Diário Catarinense**. Florianópolis, 11 nov.1999. Geral: Saúde, p.40.

Projeto do Centro de Referência em Saúde do Adolescente. Florianópolis, 2001.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES** n.011/90.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES** n. 98/91.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS: legislação básica. **Secretaria de Estado da Saúde**, -2 ed. -. Dispõe sobre a NOB – SUS 01/96 e a NOAS –SUS 01/02. – Florianópolis: SES, 2002.

SARMENTO, H. B. M. Serviço social, das tradicionais formas de regulação política ao redimensionamento de suas funções sociais. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 04, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Educação, ideologia e contra-ideologia**. São Paulo: E.P.U. 1989.

SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes de movimentos sociais**. São Paulo: Loyola, 1993.

SILVA, Letícia Lessa da. **Uma história de luta pela política pública de assistência social: o exercício profissional do assistente social**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UFSC. 1998.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 04, 2000.

SILVA, Ribeiro Machado da. **Os movimentos populares**. São Paulo: Cortez, 1985.

SOUZA, Marli Palma. Crianças e adolescentes: absoluta prioridade? **Revista Katálýsis** nº 02. Florianópolis: Ed. UFSC. 1998.

SOUZA, Patrícia Alves de. **Os possíveis motivos de adiamento da denúncia de mulheres vítimas de violência física conjugal**: estudo em grupo de mulheres atendidas no CEVIC. Florianópolis, Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

TRIVINOS, Augusto N. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. 5ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Intenção – Ação do trabalho social**. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

YASBEK, Maria Carmelita. O serviço social como especialização do trabalho coletivo. **Caderno de capacitação em serviço social e política social**: reprodução social, trabalho e serviço social. Brasília: UNB, módulo 02, 1999.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. Educação e cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2000.

ENTREVISTAS

- Não Publicadas:

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **Entrevista concedida a Elaine Cristina da Silva Pereira Reuter**. Florianópolis, 12 dez. 2003.

RODRIGUES, Mariléa Moretti. **Entrevista concedida a Elaine Cristina da Silva Pereira Reuter**. Florianópolis, 04 fev. 2004.

ANEXOS

ANEXO 01

Questões Norteadoras: Entrevista com as assistentes sociais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente

01 – Quando começou a questão das representações?

02 – Quando se devem fazer as representações?

03 – Qual o papel do Serviço Social na efetivação dos direitos?

04 – Qual o papel do Estado neste contexto?

05 – Como se deu à participação do Serviço Social na mudança do Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente em um Centro de Referência em Saúde do Adolescente?

ANEXO 02

Programa Saúde do Adolescente - PROSAD

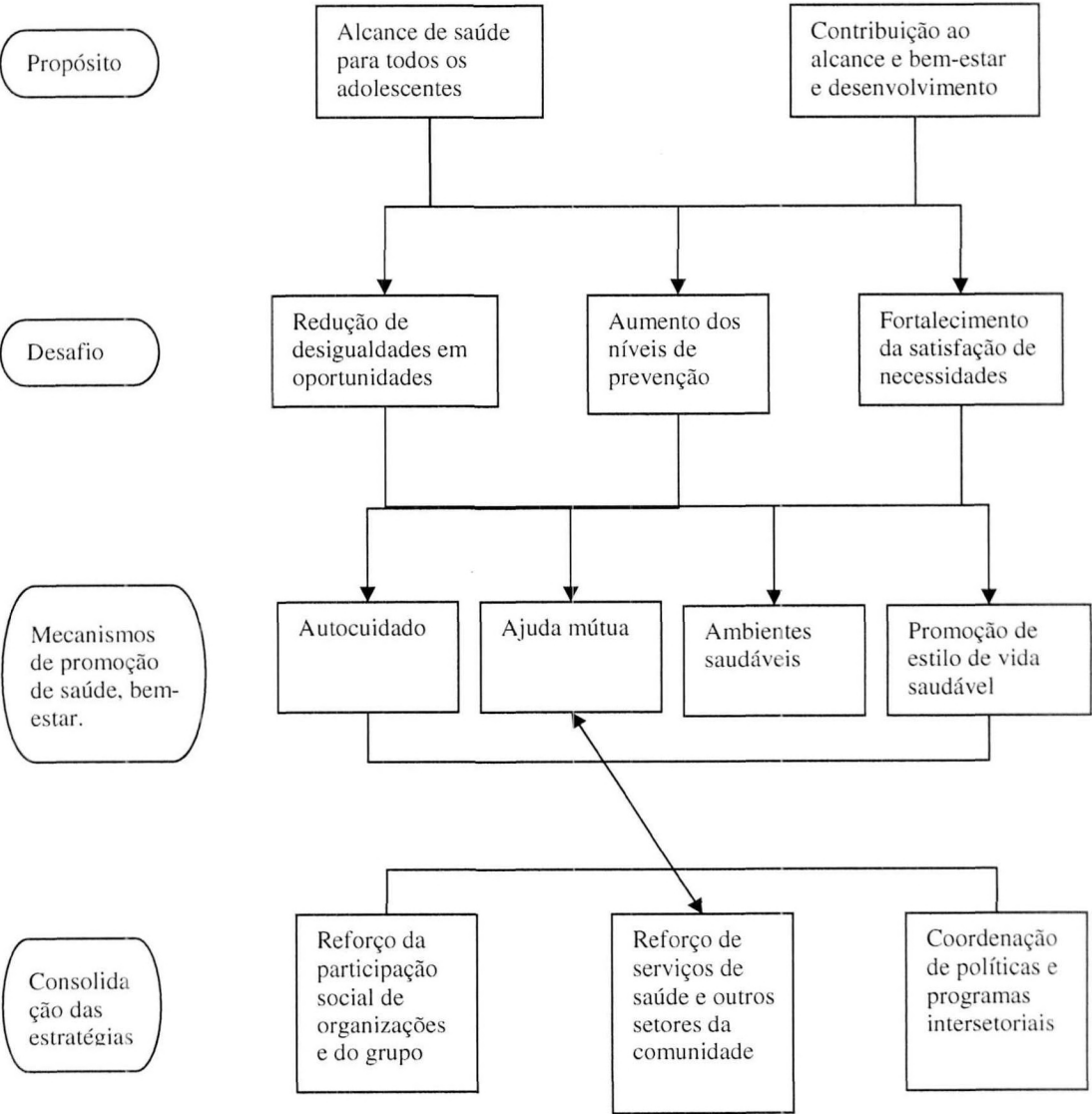
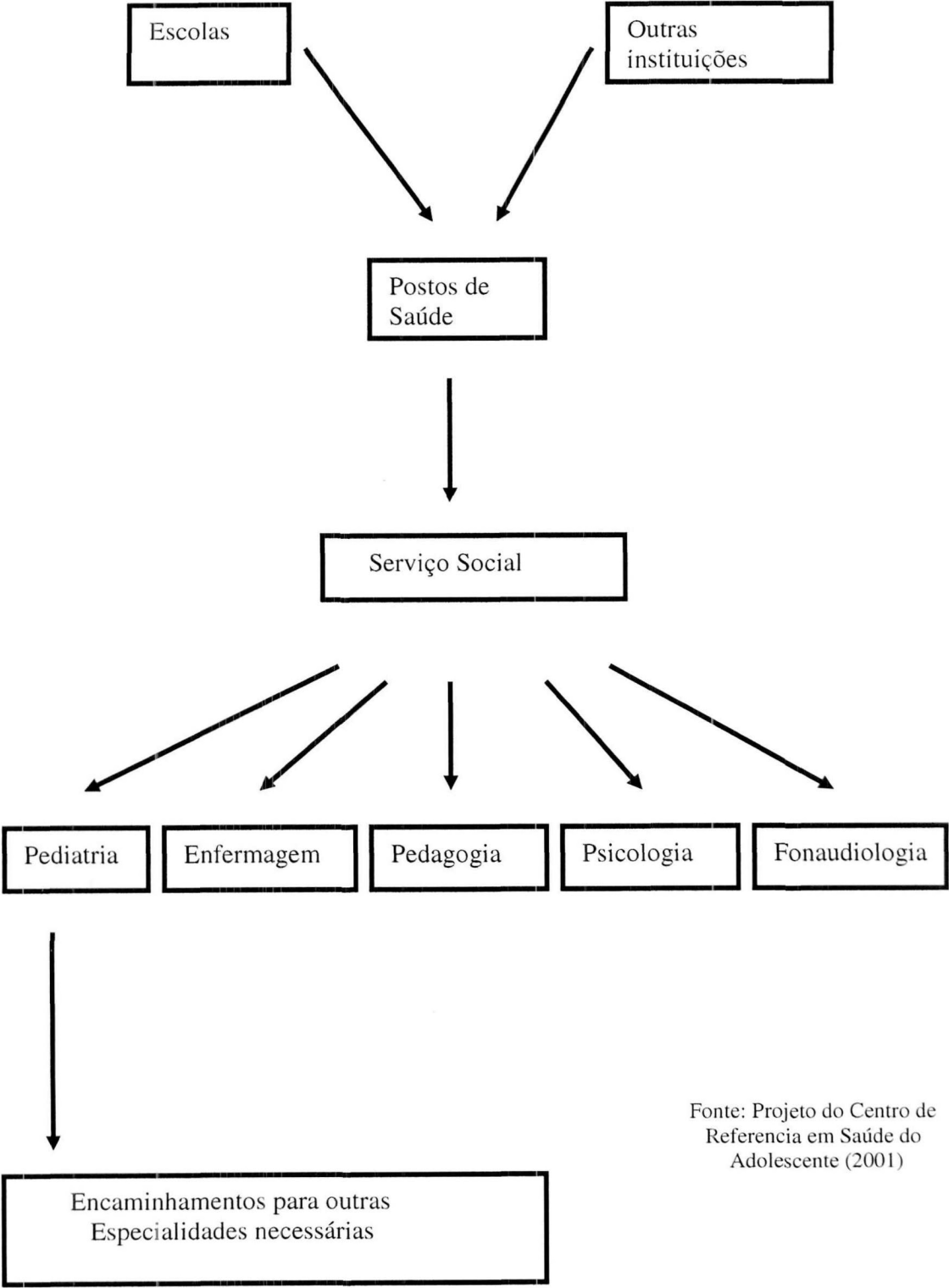


Ilustração 01: Gráfico do PROSAD
Fonte: Marco Conceitual (1989)

ANEXO 03

FLUXOGRAMA DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE



Fonte: Projeto do Centro de
Referencia em Saúde do
Adolescente (2001)

ANEXO 04

Metodologia “SOAP”

S - Dados Subjetivos:

- São as informações e observações do cliente (família, amigos ou responsáveis);
- O que ele sente (queixas);
- Suas reações e/ou acredita ser.

O – Dados Objetivos

- Observação clínica (sinais, sintomas);
- Dados do exame físico;
- Dados mensuráveis (T, P, PA, Peso, Altura, etc);
- Resultados dos exames ou tratamentos;
- O que o técnico realmente constata.

A – Análise dos Dados

- Explica os significados dos dados subjetivos;
- Registra sua opinião sobre como definir o problema num maior grau de precisão;
- Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada;
- Identifica novos problemas;
- Explica as razões para manter, mudar ou abandonar a conduta.

P – Plano

- Mostra qual o tratamento;
- Ensino (educação do cliente);
- Ou que orientações/observações são projetadas para o futuro muito próximo.

Regras Gerais na Anotação:

- Obedecer à ordem de apresentação de cada letra da sigla: S – O – A - P
- Observar a redação, ortografia, usar a 3ª pessoa gramatical.
- Fazer anotações precisas e sistemáticas,
- Usar termos técnicos.
- Procurar escrever com a mesma cor da caneta.
- Considerar o sigilo profissional.
- Colocar a data.
- Após a última anotação, carimbar e rubricar.

ANEXO 05

0 - GERAL ▼ SAÚDE

Atendimento ao adolescente será alterado

Serviço considerado básico deve ser repassado para execução do município

Alessandra Pereira
FLORIANÓPOLIS

O futuro do programa de atendimento aos adolescentes da Grande Florianópolis que funciona na Policlínica de Referência Regional entra em discussão amanhã. Este projeto está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde e atende diariamente cerca de 70 jovens entre 10 e 19 anos de Florianópolis e municípios vizinhos como Biguaçu, São José, Palhoça e Governador Celso Ramos. Os 11 profissionais - médicos, ginecologista, assistentes sociais, pediatras, enfermeiras e socióloga - prestam assistência médica, pedagógica e psicológica. São 6 mil inscritos no programa desde 1990. Com a mudança prevista, o programa deve passar a ser gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde da Capital.

De acordo com a gerente técnica da

Policlínica, Maria de Lourdes de Andrade, o programa do adolescente é considerado atendimento básico pelo Sistema Único de Saúde (cuja implantação aconteceu em 1998) e compete ao município executá-lo. A Policlínica pretende atender apenas especialidades. "A verba do Ministério da Saúde para este tipo de programa está incluída no Plano de Atenção Básica (PAB) e se destina às cidades. Por isso estamos sem receber nada para o programa do adolescente", explica Maria de Lourdes. Com a nova estruturação, o programa deve ter uma nova sede, a equipe provavelmente será cedida ao município e deveria passar a atender apenas os pacientes de Florianópolis. Resta saber se as cidades da Grande Florianópolis estão preparadas para receber a demanda de adolescentes e coberta pelo programa. "A hipótese de um convênio para assistência aos jovens das cidades vizinhas não está descartada", diz Maria de Lourdes. A coordenadora de saúde da secretaria municipal, Jane Cardoso, reforça: "Inicialmente, os pacientes não ficarão sem atendimento".

ANEXO 06

Ata da reunião realizada dia 12-11-99, no Programa do Adolescente, da Policlínica de Referência Regional (PRR), com representantes da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Presentes: Elizabeth Carreirão, Vanete Lopes, Terezinha Serrano, Jussara Moritz, Liliane Martins, Maria Dolores Canella, Martha Machado, Mariléa Rodrigues, Elaine Fernandes, Vera Vicente, Vanessa Riaviz, Saray Martins, Adir Garcia, Maria de Lourdes Andrade, Marly Aquino (todos técnicos da PRR), Juliana Sell, Tânia Maris Grisolo, Maria Tais de Melo, Margarete Mendes, Alba Maria Tavares, Jane Cardoso (técnicos da PMF).

O objetivo da reunião foi o de mostrar o que é o Programa do Adolescente, sua rotina e funcionamento.

Após a apresentação dos participantes, a assistente social Elizabeth deu início à reunião, apresentando um vídeo (RBS Comunidade) em que é mostrado um dia de filmagens com toda a rotina do programa. Depois, complementou suas explicações com a ajuda de retroprojektor e materiais referentes ao programa. Contou então com a ajuda do pedagogo Adir.

Em seguida, iniciaram os questionamentos.

Os técnicos do programa questionaram junto à Prefeitura, porque não se espera pela gestão plena, para depois fazer as mudanças que estão sendo propostas. Discutiu-se também sobre o local para onde o programa poderia ir e a questão dos atendimentos, que ficarão restritos aos adolescentes do município de Florianópolis.

Jane, coordenadora das ações de saúde da PMF argumentou que a Gestão Plena está sendo discutida e que, se esperarmos por ela, corremos o risco de receber determinações prontas, sem condições de mudanças posteriores. Por isso, ela entende que esta reunião feita hoje é importante para decidirmos algumas coisas.

Falou sobre a clientela, dizendo que 98% é proveniente da 18ª região e o restante de Florianópolis. Ela não acredita que de imediato possa haver consórcio com outros municípios.

Sobre o local para onde o programa possa ir, deixou claro que só há disponibilidade na Policlínica do Estreito. Explicou também que os funcionários não seriam obrigados a irem para lá e que o Secretário da Saúde do município sugere descentralizar a equipe caso seja necessário.

Os técnicos se posicionaram contra o local proposto e a desmembração da equipe.

Adir lembrou que não estávamos discutindo a política de saúde em si, mas a importância de se manter a unidade do programa. Perguntou se a Prefeitura teria condições de oferecer um local centralizado para receber a equipe deste programa.

Jane, da PMF, relatou que não se quer desmerecer a qualidade e necessidade dos serviços, mas o fato é que o município recebe por cidadão e se os procedimentos realizados pelo programa são considerados de atenção básica (PAB), o Estado não está recebendo verbas porque o Ministério da Saúde “ desconhece ” o trabalho aqui realizado, em termos de informações e de registros oficiais. “ A competência é do município ” disse ela.

Terezinha, da Policlínica, disse que estas discussões têm de ser feitas na Bipartite, no Fórum de discussão com o Estado e o Município. É lá que estão sendo tratados os destinos desta Policlínica.

Elizabeth questionou porque estávamos discutindo estes assuntos agora, se a Terezinha disse que é com a comissão Bipartite?

Adir sugere, que enquanto aconteçam essas discussões entre o Fórum e a Prefeitura nós ficaremos aqui na Policlínica.

Jane reafirmou sobre o local e disse, que estão aqui para ouvir sugestões e que ainda não há nada pronto. Se o grupo acha melhor esperar pela Plena, que esperem.

Maria de Lourdes, gerente técnica da PRR, afirmou que tudo que é PAB, será retirado da Policlínica, segundo o Secretário da Saúde do Estado.

Jane sugeriu que se tire uma pauta comum das necessidades e discussões entre os técnicos do programa e se envie para o Secretário de Saúde do Município.

Foi sugerido um encontro com o Secretário, a fim de apresentar-lhe o programa e nossas propostas.

Terezinha lembrou que essa idéia é inviável uma vez que o Secretário não tem tempo para este tipo de encontro.

Alba ressaltou que o município não tem nada concluído, e acha que ainda dá para conversar com a Prefeitura e o Secretário.

Ela esteve numa reunião em Brasília e, de tudo que ouviu, tem certeza de que a Prefeitura não vai querer perder um programa pronto com a estrutura do nosso.

Sobre o consórcio entre os municípios, falaram que esta discussão não avança, por isso, é improvável que ocorra agora.

Alba sugeriu levar estas discussões para o Secretário de Saúde do Município, no sentido de não desmembrar o programa e, sim, aperfeiçoá-lo, sem precisar criar outros, se já existe este que funciona bem.

Tânia da PMF disse que eles não têm um programa oficial para adolescente, mas atendem todos os problemas que vêm encaminhados pelo Juizado da Infância e Juventude, como transtornos graves e moderados. Perguntou qual o vínculo técnico do programa do adolescente com a saúde mental, drogas, etc.

Adir disse, que temos contatos freqüentes com o NAPS, Conselhos Tutelares, hospitais, postos de saúde etc. Ele entende, que estes atendimentos já existem, onde cada um faz o seu papel.

Vanessa disse que este tipo de discussão deveria ser feita em outra ocasião. "Primeiro estamos interessados em saber sobre os destinos do programa".

Elaine perguntou para o pessoal da Prefeitura, o que eles poderiam fazer de concreto pelo programa, já que têm interesse e acreditam nele?

O pessoal da Prefeitura propõe discussões. Jane ficou surpresa, achando que o grupo já estava preparado e com as coisas certas para esta reunião.

O grupo falou da indignação, com relação à forma, a que as coisas chegaram no programa: sem reunião prévia com a direção e com poucas informações.

Elaine sugeriu que haja um representante na nossa equipe, nestas discussões.

Alba e Jane fizeram convite para a equipe conhecer o que há na rede municipal para depois montarmos propostas.

Ficou decidido, que no dia 23-11-99, às 13h e 30min. no local a ser combinado, os profissionais da Prefeitura estarão recebendo a equipe do Programa do Adolescente. A proposta tem como objetivo apresentar os projetos por eles desenvolvidos, discutir as propostas para que se chegue a um entendimento.

Nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente ata por mim Mariléa Moretti Rodrigues.

M. Rodrigues

ANEXO 07

Ata da reunião realizada em 01/12/1999 às 16 horas, no Programa do Adolescente da Policlínica de Referência Regional (PRR), com os seguintes participantes: Denise, Vera, Mariléa, Elizabeth, Jussara, Adir, Saray, Elaine e Marly.

Inicialmente a assistente social Elizabeth fala do objetivo da reunião que é de relatar a todos o encontro com os profissionais da Prefeitura e definir uma posição do grupo em relação à mudança do Programa do Adolescente da Policlínica. Elizabeth lembrou que Denise, Marly, Ângela, Marilea e ela mesma participaram da referida reunião. Relatou que a Alba explicou o que era o Capital Criança e que foi percebido aumento da mortalidade infantil em Florianópolis entre 1991 e 1997. Fizeram diversas parcerias e por isso consideram um Programa forte.

Elizabeth relatou que alguns postos têm falta de profissionais e que o Programa tem falhas. Mostrou também o material que as mães recebem como: diploma, fotografia e pasta com kit. No entanto isto é fornecido apenas para os residentes em Florianópolis. A criança já sai da maternidade com a 1ª consulta agendada para o 14º dia. E que entre a 34ª a 36ª semana de gestação há uma consulta pediátrica com os pais. Enfatizou que pela assistência médica ser até o 5º ano, aumentou o vínculo pediatra/ criança. Este atendimento funciona em 36 postos de saúde. E que gostariam de implantar o Serviço de Adolescentes (Capital Adolescente), aproveitando o próprio Programa do Adolescente da Policlínica. Aguardam uma proposta nossa.

Elizabeth explicou que foi enviado um ofício para Brasília para o sub-coordenador referindo que o Programa deve ser municipalizado e que gostaríamos orientação. Foi respondido que ele não pode dar tratamento rápido ao Programa e que tem limitação de atuação e que o desejo deve ser do Estado. Sugestão de elaborar um documento em que o Programa seria Referência Secundária: diagnóstico e encaminhamento. Apenas tratariam de patologias.

Elizabeth propõe que se faça uma proposta a prefeitura e fazer uma comissão para conversar com a Alba.

Marly diz que depende da liberação da Secretaria e que a Alba diz que será viável.

Elizabeth fala que deve haver uma proposta por escrito para o município.

Marilea acredita que o que foi colocado deve ser aceito pela Prefeitura. A Marly diz que também pode ser separado o grupo. Ela pensa que pode não haver interesse em manter o Programa centralizado. Se for para dividir é melhor ir para o Estado.

Elizabeth afirma que é importante manter a equipe unida em nível central. E atender a clientela como um todo.

Marly diz que não aceita atender o PAB de outros municípios. A Marilea diz que quem se prejudica é a população. A Marly refere que o Conselho Tutelar deve brigar por eles.

Propostas definidas na reunião:

- Manter equipe completa;
- Atendimento interdisciplinar com a mesma dinâmica;
- Projeto mais amplo na Prefeitura; importância de um lugar central para funcionamento com dois turnos;

Adir reafirma a importância de ficar num lugar só. A Jussara pergunta se está tudo especificado?

A Elizabeth diz que vai ligar para Alba dizendo que já chegamos a um acordo.

Nada mais havendo a tratar foi lavrada a presente ata por mim Denise Montechiari Bragança Cravo.

ANEXO 08

EXCELENTÍSSIMO SR. DR.
D. D. PROMOTOR DA INFÂNCIA e
JUVENTUDE DA COMARCA DE

Nome, endereço, data de nascimento,... Vem mui
respeitosamente expor a V. Exa. o que segue: Contar o
problema e a seguir fundamentar com a Lei:

O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal nº 8069,
no artigo 7 diz: "A criança e o adolescente têm direito à
proteção, à vida, à saúde, mediante a efetivação de políticas
sociais públicas que permitam o nascimento e o
desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas
de existência".

Mais adiante no artigo 11 diz: "É assegurado o atendimento
médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único
de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário às ações
e serviços para a promoção, proteção e recuperação da
saúde". Parágrafo 1: "A criança e o adolescente portadores de
deficiência receberão atendimento especializado".

O artigo—4º diz que a criança e o adolescente têm
"precedência de atendimento nos serviços públicos ou de
relevância pública".

Já o artigo 98 fala sobre: "As medidas de proteção à criança e
ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos
reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I – Por
ação ou omissão da Sociedade ou Estado".

Diante do exposto pergunta a V. Exa. A Lei está sendo
cumprida?

Solicita a vossa ajuda para que seus direitos sejam
assegurados.

DATA e ASSINATURA